

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ АВІАЦІЙНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ЛІНГВІСТИКИ ТА СОЦІАЛЬНИХ КОМУНІКАЦІЙ
КАФЕДРА ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ОСВІТИ

ДОПУСТИТИ ДО ЗАХИСТУ

Завідувач випускової кафедри

_____ Л.В. Доценко

«_____» _____ 2020 р.

ДИПЛОМНА РОБОТА

(ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА)

ВИПУСКНИКА ОСВІТНЬОГО СТУПЕНЯ «МАГІСТР»

Галузь знань: 05 Соціальні та поведінкові науки

Спеціальність 053 «Психологія»

Освітньо-професійна програма «Практична психологія»

Тема: «Особливості переживання безпліддя жінками фертильного віку»

Виконавець: студентка групи ПП 201-мз Обухова Анна Юріївна

Керівник: кандидат педагогічних наук, доцент Лаврухіна Т. В.

Нормоконтролер: _____ Бородінова Л.Ю.

КИЇВ 2020

НАЦІОНАЛЬНИЙ АВІАЦІЙНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Факультет лінгвістики та соціальних комунікацій
Кафедра педагогіки та психології професійної освіти
Галузь знань 05 Соціальні та поведінкові науки
Спеціальність 053 «Психологія»
ОПП «Практична психологія»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри

_____ Л.Доценко

«__» _____ 2020 р.

ЗАВДАННЯ

на виконання дипломної роботи

Обухової Анни Юріївни

1. Тема дипломної роботи «Особливості переживання безпліддя жінками фертильного віку» затверджена наказом ректора від «15» жовтня 2020 р. №2007/ст.
2. Термін виконання роботи: з 05.10.2020 до 07.12.2020 р.
3. Вихідні дані до роботи: робота складається зі вступу, двох розділів, висновків до першого та другого розділу, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків загальним обсягом 101 сторінки, з них обсяг основного тексту 72 сторінок, список використаних джерел нараховує 38 позицій.
4. Зміст пояснювальної записки: Вступ; Розділ 1. Теоретичний аналіз ідіопатичного безпліддя та переживань безпліддя жінками фертильного віку; Висновки до першого розділу; Розділ 2. Емпіричне дослідження переживань безпліддя жінками фертильного віку; Розробка психокорекційної програми

стабілізації емоційного фону у жінок, що страждають ідіопатичним безпліддям. Висновки до другого розділу. Розділ 3. Результати формувального експерименту. Висновки до третього розділу; Висновки; Список використаних джерел та літератури; Додатки.

5. Перелік обов'язкового графічного (ілюстративного матеріалу): у роботі представлено 7 таблиць та 2 графіки.

6. Календарний план-графік

№ пор.	Завдання	Термін виконання	Відмітка про виконання
1.	Опрацювання та реферування літератури з теми дослідження. Визначення об'єкта і предмета дослідження	09.10.2020	
2.	Формулювання мети, завдання досліджень. Складання попереднього плану роботи. Узгодження з керівником	15.10.2020	
3.	Написання основної частини. Перше читання керівника	16.11.2020	
4.	Написання вступу, висновків. Уточнення плану дипломної роботи	23.11.2020	
5.	Оформлення роботи. Подання керівникові	30.11.2020	
6.	Попередній захист дипломної роботи	08.12.2020	
7.	Опрацювання зауважень і виправлення недоліків	14.12.2020	
8.	Подання остаточного варіанта на кафедру	15.12.2020	
9.	Захист роботи	24.12.2020	

7. Дата видачі завдання: «__»_____2020 р.

Керівник дипломної роботи _____

(підпис керівника)

(Лаврухіна Т.В.)

Завдання прийняв до виконання _____

(підпис випускника)

(Обухова А.Ю.)

РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка до дипломної роботи «Особливості переживання безпліддя жінками фертильного віку».

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити прояви переживань безпліддя жінками фертильного віку.

Реалізація поставленої мети дипломної роботи зумовлює необхідність виконання таких завдань дослідження:

1. За результатами теоретичного аналізу визначити сутність поняття «безпліддя» та психологічні особливості жінок фертильного віку з таким діагнозом.

2. Дібрати комплекс психодіагностичних методик для визначення проявів переживань безпліддя жінками фертильного віку; провести констатувальний етап експерименту.

3. На основі результатів констатувального етапу експерименту розробити та зреалізувати корекційну програму щодо переживання безпліддя жінками фертильного віку.

4. Експериментально перевірити ефективність запропонованого тренінгу.

Об'єкт дослідження – жінки фертильного віку, які проходять діагностику та лікування з приводу безпліддя.

Предмет дослідження – особливості переживання безпліддя жінками фертильного віку.

Відповідно до мети і завдань дослідження обрано й використано комплекс методів: *теоретичні* – аналіз, синтез, порівняння, систематизація та узагальнення наукової літератури з проблеми дослідження психологічних особливостей жінок фертильного віку з діагнозом «безпліддя»; *емпіричні* – експеримент (констатувальний, формувальний етапи), спостереження, бесіди, тестування; комплекс методик для дослідження.

У першому розділі «Психологічні особливості жінок фертильного віку з діагнозом «безпліддя» проаналізовано психологічний підхід до вивчення

терміну «безпліддя» у науковій літературі, розглянуті психологічні особливості переживання безпліддя жінками фертильного віку, визначені психологічні причини ідіопатичного безпліддя у жінок фертильного віку.

У другому розділі «Емпіричне дослідження ідіопатичного безпліддя у жінок фертильного віку» обґрунтовані методи дослідження ідіопатичного безпліддя у жінок фертильного віку, проведено аналіз психологічних особливостей переживання безпліддя жінками фертильного віку, розроблено та обґрунтовано тренінг подолання переживання безпліддя жінками фертильного віку.

У роботі застосовувалися такі методики:

1. Опитувальник особистісної та ситуативної тривожності Спілбергера–Ханіна;
2. Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів (К.К. Яхін, Д.М. Менделевич);
3. Шкала депресії Бека;
4. Шкала оцінки емоційного тону.

У третьому розділі «Аналіз результатів корекційної програми переживання безпліддя жінками фертильного віку» вміщено результати формульованого експерименту та практичні рекомендації для пар, які переживають ідіопатичне безпліддя.

Практичні рекомендації засновані на вирішенні основних причин ідіопатичного безпліддя, а саме: боязнь вагітності і важких пологів, незбереження зачаття і безуспішні пологи в минулому, недовомовленість в сім'ї, страх залишитися безформною, позбутися стрункої фігури, надмірне бажання бути матір'ю, страх упущеного часу, постійний натиск із боку близьких людей, боязнь майбутніх болів і непередбачених травм і інші.

Але безпліддя, тим більше психологічне це не вирок, і дуже важливо за рішенням цієї проблеми звернутися до фахівців перинатальних акушерів гінекологів і психологів. І часто буває досить декількох місяців консультацій, щоб дана проблема зникла назавжди.

ЗМІСТ

	Стор.
ВСТУП.....	2
РОЗДІЛ 1. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЖІНОК ФЕРТИЛЬНОГО ВІКУ З ДІАГНОЗОМ «БЕЗПЛІДДЯ».....	5
1.1. Психологічний підхід до вивчення терміну «безпліддя».....	5
1.2. Психологічні особливості переживання безпліддя жінками фертильного віку	9
1.3. Психологічні причини ідіопатичного безпліддя у жінок фертильного віку.....	16
Висновки до першого розділу.....	24
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ІДІОПАТИЧНОГО БЕЗПЛІДДЯ У ЖІНОК ФЕРТИЛЬНОГО ВІКУ.....	27
2.1. Обґрунтування методів дослідження ідіопатичного безпліддя у жінок фертильного віку.....	27
2.2. Аналіз результатів дослідження психологічних особливостей переживання безпліддя жінками фертильного віку.....	34
2.3. Розробка та обґрунтування корекційної програми переживання безпліддя жінками фертильного віку.....	40
Висновки до другого розділу.....	48
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ КОРЕКЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ ПЕРЕЖИВАННЯ БЕЗПЛІДДЯ ЖІНКАМИ ФЕРТИЛЬНОГО ВІКУ.....	50
3.1. Результати формувального експерименту.....	50
3.2. Практичні рекомендації для жінок, які переживають ідіопатичне безпліддя.....	59
Висновки до третього розділу.....	63
ВИСНОВКИ.....	66
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	69
ДОДАТКИ.....	76

ВСТУП

Актуальність теми. Проблеми жіночого безпліддя були залишаються актуальними протягом багатьох століть і років. У сучасному суспільстві проблема безпліддя набула глобального розміру. Висока поширеність і широкий резонанс наслідків вивів безпліддя за межі медицини. Потреба бути матір'ю закладена в жіночій природі, а суспільні норми і цінності роблять визначальний вплив на прояви материнських відносини. У сучасному суспільстві все ще продовжує превалювати визначення жіночності в термінах її репродуктивних здібностей. Оскільки особистість жінки прив'язана до здатності дітонародження, безпліддя перешкоджає позитивному сприйняттю себе, створює негативне ставлення до свого тіла. Тому, безпліддя перешкоджає жінці проявити свою гендерну ідентичність, тобто культурну роль, що виражається в дітонародженні і вихованні.

Проблему безпліддя на сьогоднішній день розглядають з декількох позицій. Для нас представляє найбільший інтерес психологічні причини безпліддя. Наслідки безпліддя науковцями пояснюються також з різних позицій. Серед психологів, що вивчають проблему безпліддя, а саме: І. Г. Малкіна-Пих, К. Б. Мкртичева, Н. Н. Петрова, Є. П. Тюріна, Л. П. Федина, Д. Ф. Хрітінін, О. А. Чаркіна. Безпліддя розглядається як фактор, що значно впливає на демографічні показники, економічний добробут та індивідуально - психологічний стан громадян. Питання про причинно-наслідкові зв'язки між психологічними розладами і безпліддям залишається відкритим. Говорячи про причинно-наслідкові зв'язки, більшість дослідників вважають, що проблема безпліддя і розладів настрою пов'язані циркулярними закономірностями. Депресивні, тривожні розлади знижують вірогідність зачаття і, навпаки, тривале безпліддя викликає психоемоційні порушення. Крім емоційних наслідків, безпліддя впливає на самовідчуття жінки, її почуття власної гідності, ідентичність і світогляд. Безпліддя тягне за собою зміни в соціальній сфері жінок: зміни в подружніх стосунках, труднощі в соціальній взаємодії, зміни у

відносинах з близькими, колегами, самотність. Безпліддя також впливає на психологічний стан і соціальну позицію жінки, що може проявлятися формуванням неадекватного типу ставлення до хвороби, зниженням самооцінки, труднощами або розривом сімейних відносин, зниженням фрустраційної толерантності.

На сьогоднішній день механізми, що лежать в основі негативних психічних станів при безплідді, залишаються погано вивченими.

Зазначені вище аспекти зумовили вибір теми дослідження: Особливості переживання безпліддя жінками фертильного віку.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити прояви переживань безпліддя жінками фертильного віку.

Реалізація поставленої мети дипломної роботи зумовлює необхідність виконання таких **завдань** дослідження:

1. За результатами теоретичного аналізу визначити сутність поняття «безпліддя» та психологічні особливості жінок фертильного віку з таким діагнозом.
2. Розробити комплекс психодіагностичних методик для визначення проявів переживань безпліддя жінками фертильного віку; провести констатувальний етап експерименту.
3. На основі результатів констатувального етапу експерименту розробити та зреалізувати корекційну програму щодо переживання безпліддя жінками фертильного віку.
4. Експериментально перевірити ефективність запропонованої колекційної програми.

Об’єкт дослідження – жінки фертильного віку, які проходять діагностику та лікування з приводу безпліддя.

Предмет дослідження – особливості переживання безпліддя жінками фертильного віку.

Відповідно до мети і завдань дослідження обрано й використано комплекс **методів**: *теоретичні* – аналіз, синтез, порівняння, систематизація та

узагальнення наукової літератури з проблеми дослідження психологічних особливостей жінок фертильного віку з діагнозом «безпліддя»; *емпіричні* – експеримент (констатувальний, формувальний етапи), спостереження, бесіди, психодіагностичне тестування; комплекс методик для дослідження.

Наукова новизна отриманих результатів полягає в тому, що:

- *поглиблено уявлення* про психологічний підхід до вивчення терміну «безпліддя»;
- *розкрито* особливості переживання безпліддя жінками фертильного віку;
- *розроблено* науково обґрунтовану корекційну програму щодо переживання безпліддя жінками фертильного віку.

Практичне значення отриманих результатів. Результати дослідження можуть бути використані викладачами ЗВО, практичними психологами в роботі із жінками, при поглибленні уявлень про психологічні особливості жінок з порушеннями репродуктивної функції, в жіночих консультаціях, перинатальних центрах, клініках, що надають медичні послуги з лікування безпліддя і застосування допоміжних репродуктивних технологій.

Структура та обсяг дипломної роботи. Дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел, додатків.

РОЗДІЛ 1.

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЖІНОК ФЕРТИЛЬНОГО ВІКУ З ДІАГНОЗОМ «БЕЗПЛІДДЯ»

1.1. Психологічний підхід до вивчення терміну «безпліддя»

Безпліддя є особливо значущою проблемою в соціальному, медичному і індивідуально-психологічному плані.

Безпліддя у жінок – складний процес, тому що саме в жіночому організмі зароджується нове життя, саме жіночому організму належить це життя зберегти, розвинути, виносити і народити і бути в постійному зв'язку зі своєю дитиною, і не тільки тілесно, але й ментально.

Відповідно до визначення ВООЗ, безпліддя – це нездатність сексуально активної, яка не використовує контрацепцію пари домогтися настання вагітності протягом року [38]. У клінічних дослідженнях і медичній практиці безпліддя (infertility) жінок часто визначається як їх «нездатність завагітніти». Безпліддя визначається також як «хвороба репродуктивної системи, яка виражається у відсутності клінічної вагітності після 12 місяців і більше регулярного статевого життя без запобігання від вагітності» [32].

Безпліддя – це відсутність можливості осіб дітородного віку до відтворення потомства внаслідок порушення імплантації заплідненої яйцеклітини[4]. Безпліддя полягає в нездатності зрілого організму до відтворення потомства. Якщо вагітність за умови нормального статевого життя і без використання в ній будь-яких засобів контрацепції не настає в термін найближчих двох років, то ставлять діагноз «безпліддя».

Безпліддя має серйозні демографічні наслідки. Статистика безпліддя в світі поступово зростає. З цієї причини щороку проводиться звірка статистичних даних, винахід нових технологій щодо вирішення даної проблеми.

Існує кілька видів безпліддя. Первинним вважається безпліддя, при якому жінка ніколи не була вагітна, вторинним – коли вагітність і (або) пологи вже

були, але повторне зачаття не відбувається. Первинне безпліддя визначається як «неможливість жінки народити дитину через її нездатність чи бо завагітніти, або доносити і народити живу дитину». Вторинне безпліддя – «неможливість жінки народити дитину через її нездатність або завагітніти, або доносити і народити живу дитину» вже після того, як у неї або була попередня вагітність, або вона змогла раніше доносити і народити живу дитину[7].

Ендокринне безпліддя виникає у жінок в результаті дисфункції яєчників, наднирників, гіпофіза або щитовидної залози. Необхідні гормони не виробляються в достатній кількості в потрібний час, і це призводить до збою в дозріванні яйцеклітин. Даний вид безпліддя найчастіше є тимчасовим і зникає після нормалізації гормонального фону.

Маточне безпліддя є наслідком одного або декількох захворювань: від вад розвитку або аномального положення матки до аденоміоза, міоми матки, а також патологій шийки матки. Серед жінок з первинним безпліддям міому матки діагностують у кожної третьої пацієнтки, а у кожної п'ятої саме міома матки стає причиною, яка не дозволяє зачати дитину. Діагностика цього захворювання не складна: для того щоб виявити міому великого і середнього розміру, лікарю досить клінічної картини, гінекологічного огляду та результатів УЗД. У деяких випадках до обстежень додають також гістероскопію, яка дозволяє визначити стан ендометрію [7].

Ще один вид безпліддя – психологічне – виникає в результаті стресу та інших факторів, що не мають відношення до фізіології. Такий вид безпліддя піддається лікуванню, причому працювати з психологом рекомендується не тільки жінці, але і чоловікові [18].

Існують різні підходи до класифікації безпліддя: з позицій етіології і патогенезу, з урахуванням патоморфоза, а також тимчасових та інших супутніх чинників. Так, в акушерській літературі описується безпліддя, обумовлене жіночим і чоловічим фактором і загальними факторами в шлюбі. Урогенітальні інфекції, психосексуальні розлади, імунологічні фактори можуть призводити до безпліддя. Неможливість розпізнати причину репродуктивних порушень з

використанням існуючих діагностичних методів є підставою для діагностики безпліддя неясного генезу. З урахуванням етіологічного фактора в МКБ-10 виділені трубно-перитонеальне; ановуляторне (ендокринне); маточне; цервікальне; пов'язане з чоловічими факторами; неуточнене безпліддя; інші його форми [10].

Також виділяють:

1. Абсолютне безпліддя – зачаття і вагітність категорично виключені, так як в організмі жінки відсутні важливі складові репродуктивної системи (відсутність матки, труб, яєчників – за вродженими особливостями або після проведених операцій з видалення зазначених органів). Науковцями описано абсолютне безпліддя, яке обумовлене незворотною патологією жіночого організму [14].

2. Безпліддя відносне – можливість зачати і виносити дитину існує, але значно знижена. Відносне безпліддя може бути пов'язано з пізнім репродуктивним періодом (старші 36/45) або з соматичними / тілесними змінами в організмі жінки, при наявності хронічних захворювань [14].

Види жіночого безпліддя за МКХ - 10 такі:

Жіноче безпліддя, пов'язане з відсутністю овуляції.

Жіноче безпліддя трубного походження: пов'язане з вродженою аномалією маткових труб. Труба непрохідність, закупорка, стеноз.

Жіноче безпліддя маткового походження: пов'язане з вродженою аномалією матки: дефект імплантації яйцеклітини.

Жіноче безпліддя цервікального походження.

Жіноче безпліддя, пов'язане з чоловічими факторами.

Інші форми жіночого безпліддя.

Жіноче безпліддя неуточненого діагнозу [1].

За даними ВООЗ, існують різні причини жіночого безпліддя: сексуальна дисфункція; гіперпролактинемія; органічні порушення гіпоталамо-гіпофізарної області; аменорея з підвищеним рівнем фолікулостимулюючого гормону; аменорея з нормальним рівнем естрадіолу; аменорея зі зниженим рівнем

естрадіолу; олігоменорея; нерегулярний менструальний цикл / ановуляція; ановуляція з регулярним циклом; вроджені аномалії розвитку статевих органів; двостороння непрохідність маткових труб; спайковий процес у малому тазі; ендометріоз; набута патологія матки і шийки; набуті порушення прохідності маткових труб; набуті ураження яєчників; туберкульоз статевих органів; ятрогенні фактори; системні хвороби; негативний посткоїтальний тест; невстановлені причини [38].

За статистичними даними, форми жіночого безпліддя розподіляються наступним чином:

- трубне і перитонеальне безпліддя (органічні або функціональні порушення прохідності маткових труб в поєднанні зі спайковим процесом в малому тазу або без нього) - 40-50%;
- ендокринне безпліддя (овуляторні порушення при відхиленнях гормональної регуляції репродуктивної системи) - 35-40%;
- різні гінекологічні захворювання з порушенням анатомо-функціонального стану ендометрію, які не супроводжуються ановуляцією і непрохідністю маткових труб, - 15-25%;
- імунологічне безпліддя, викликаного явищами сенсibiliзації жіночого організму, - 2%;
- безпліддя неясного генезу, психогенне безпліддя - 5-15% [23].

Отже, безпліддя – це величезна всесвітня проблема, яка зачіпає мільйони жителів репродуктивного віку. У клінічних дослідженнях та медичній практиці безпліддя визначається як «хвороба репродуктивної системи, яка виражається у відсутності клінічної вагітності після 12 місяців і більше регулярного статевого життя без запобігання від вагітності» [1].

На даний момент не існує однозначної думки про відношення психічного безпліддя і фізіологічного. До сих пір не вирішено питання про те, що є первинним у психологічних особливостях людей в безплідному шлюбі – психологічні розлади призводять до безпліддя або ж порушення репродуктивних функцій, які є основою для формування психологічного

розладу. Психологічне безпліддя розглядається як результат усвідомленого або неусвідомленого небажання жінки мати дитину. Іноді це страх перед вагітністю і пологами, іноді - небажання мати дитину від даного чоловіка, іноді – опір змінам зовнішності, до яких може привести вагітність тощо.

1.2. Психологічні особливості переживання безпліддя жінками фертильного віку

Вивчення психологічних характеристик жінок з безпліддям є актуальним для науки і практики надання психологічної допомоги. Дослідницький інтерес до вивчення психологічних характеристик (психічних станів, особистісних особливостей) жінок визначається тим, що вони є важливим фактором у системі причинно-наслідкових зв'язків в успіху лікування і подальшого розвитку дитини. Ці психологічні характеристики можуть: опосередкувати стресову ситуацію, пов'язану з переживанням безпліддя; бути в основі психогенних форм безпліддя; обумовлювати психологічні наслідки безпліддя, які, в свою чергу, можуть впливати на результат лікування; виступати в якості одного з етіологічних факторів розвитку психічних розладів; визначати успішність пологів, а також впливати на подальший розвиток дитини [18].

Неможливість народження дитини – одна з найбільш важких хронічних психотравмуючих ситуацій [4].

Безпліддя є джерелом численних психологічних проблем, в першу чергу для жінок. В останні десятиліття в психології та медицині активно вивчаються особистісні та індивідуально-типологічні особливості переживання жінок, які страждають на безпліддя.

У психології уявлення про переживання як про особливості внутрішньої діяльності розроблялося Ф.Є. Василюком [2]. Переживання виникає, коли стає «неможливим реалізувати внутрішні потреби свого життя». Робота переживання спрямована на відновлення безперервності життя і цілісності

особистості. Автор описує чотири типи критичних ситуацій: стрес, фрустрація, конфлікт і криза, які відрізняються характером «стану неможливості».

Психологічні реакції на переживання безпліддя.

1. Емоційні (горе/депресія; гнів/фрустрація; вина; шок/заперечення; тривога). Аналіз публікацій показав, що найбільш популярні теми досліджень пов'язані з вивченням депресивної симптоматики на тлі безпліддя.

Депресія є не тільки медичною, а й соціальною проблемою сучасності. Суб'єктивна тяжкість проявів депресій, тенденція до частих рецидивів цього стану, порівняно висока вартість лікування – велике психічне, фізичне і економічне нещастя для пацієнта, його родичів і суспільства в цілому. Депресія впливає на адаптаційні можливості людини, скорочує тривалість його життя в більшій мірі, ніж багато хронічних захворювань [13].

Найбільш частими причинами, що призводять до розвитку депресивного епізоду у безплідних жінок, є подружні і внутрішньоособистісні конфлікти, пов'язані з сумнівами щодо доцільності вагітності, важкі втрати, викидні, передчасні пологи або внутрішньоутробна загибель плода.

Розлад характеризується типовими симптомами:

- зниженим настроєм;
- втратою інтересів і здатності отримувати задоволення;
- підвищеною стомлюваністю [13].

Тривожність – це психофізіологічний термін, яким позначають як певний емоційний стан людини в поточний момент часу, так і властивість постійно виявляти цей стан. У більш звичному розумінні тривожність розглядається як переживання, пов'язане з очікуванням якогось важливого події на тлі невизначеної інформації про нього. У зв'язку з цим можна пояснити і закономірно спостерігається підвищення рівня тривожності у більшості жінок. Тривога – це не негативна емоція, якщо тільки вона не заважає нормальному життю. Тривога, як і будь-які емоції, – необхідний фактор виживання. Так задумано самою природою. Адже якби не було тривоги і страху, то неможливо було б швидко підготуватися і відреагувати на раптову загрозу. В цілому,

тривожність грає позитивну роль в плані мобілізації сил для досягнення кінцевої мети і підвищення відповідальності перед прийдешніми важливими подіями, тобто вона сприяє адаптації жінки як до вагітності, так і до появи дитини. Але якщо рівень тривожності постійно невизначено підвищується, то це може привести до негативних наслідків, аж до переривання вагітності. Крім того, підвищений рівень тривоги впливає і на соматичний стан жінки, що може стати причиною розвитку психосоматичного захворювання[18].

Н. Matsubayashi і співавтори вважають, що тривожність і депресія – це психологічні проблеми, які вивчаються найчастіше; тривожність вивчається в зв'язку зі стресогенністю лікувальних процедур і побоюваннями, що лікування не увінчається успіхом, а депресія – в зв'язку з нездатністю завагітніти. Як показують ці дослідження, основні труднощі, з якою стикаються пацієнти в період безпліддя, це – тривожність, в той час як у пар, які пройшли лікування, але безрезультатно, високий ризик виникнення депресії. Було також висловлено припущення про те, що високі рівні тривожності мають прямий вплив на зниження можливості зачати дитину. Була висунута гіпотеза про те, що існує взаємозв'язок між підвищенням рівня гормону пролактину в крові, викликаним тривожністю, і невдалими спробами завагітніти [33].

Звернемося до моделі, яку широко використовують сучасні психотерапевти і сімейні консультанти. Реакція на безпліддя представлена як послідовність стадій. Можливі емоційні реакції на безпліддя включають: здивування (шок), заперечення, тривогу, гнів, ізоляцію, вину, депресію, горе і рішення [9]. Розглянемо більш докладно кожен зі стадій.

Подив (шок). Більшість жінок фертильного віку приймає як очевидне, що у них будуть діти. Проблеми в репродуктивному здоров'ї і неможливість зачаття викликають сильне здивування. Жінки можуть відчувати шок, відчувати себе нещасними в зв'язку з руйнуванням плану їхнього життя.

Заперечення – це почуття «цього не може статися зі мною» служить захисним механізмом, особливо в шокуєчому діагнозі «абсолютне безпліддя», тобто стерильність. Заперечення може чергуватися з цілими місяцями печалі,

розчарування або фрустрацією до початку лікування. Цей етап зазвичай вважається первісною реакцією на діагноз безпліддя і закінчується, коли пара починає підготовку до медичної діагностики їх проблеми: «Я сиділа в кутку далеко від інших пацієнтів, які були, ймовірно, безплідні. Я не вважала себе однією з них» [9]. VanKeep, і Schmidt-Elmendorff клінічно підтвердили існування стадії заперечення. Вони виявили, що рівень задоволеності життям знижується, коли пара не отримує довгоочікувану вагітність, але збільшується, як тільки вони звертаються за медичною допомогою у вирішенні проблеми[9].

Тривога. Жінки, які страждають безпліддям, можуть відчувати тривогу протягом усього періоду безпліддя. Тривога може з'являтися, потім йти на спад і знову проявлятися. За деякими даними, жінки більшою мірою схильні до тривоги, депресії і когнітивних розладів, ніж чоловіки [13]. Інфертильні жінки часто відчують тривогу і сумніви щодо привабливості (або жіночності) їх тіла, своєї сексуальності, подружніх відносин [28].

Гнів як реакцію на безпліддя зазвичай пов'язують з втратою контролю над процесом лікування. Гнів – типове і сильне почуття для інфертильних жінок, що виникає через почуття несправедливості їх безпліддя. Страждаючі безпліддям можуть направити свою біль на неблагополучних дітей, батьків, які недостатньо займаються вихованням, матерів-одиначок, і т. д. Обурення і почуття образи може виникати по відношенню до вагітних жінок, працівникам охорони здоров'я, сім'ї та друзям, які не розуміють напруги і різноманітності емоцій, пов'язаних з кожним окремим випадком безпліддя. Нарешті, гнів до партнера може бути викликаний конфліктом між спрагою лікування і варіантами вирішення проблеми [6].

Ізоляція. Згідно І.В. Карголя, ізоляція пов'язана з безпліддям вивчалася більше, ніж будь-який інший соціально - психологічний аспект даної проблеми. Науковець виділив наступні ознаки ізоляції: потреба пари тримати свою проблему і лікування в таємниці, бажання уникнути жалості і рад з боку оточуючих; бажання пари уникати ситуацій, в яких їм доводиться взаємодіяти з

дітьми або вагітними жінками; можливе відчуження між партнерами, оскільки вони по-різному реагують на проблему дітонародження [9].

Провина – загальна реакція на безпліддя, і жінки більш гостро реагують, ніж чоловіки. Деякі жінки сприймають безпліддя як катастрофу, відмову від своєї жіночої ролі, для більшості жінок безпліддя позначається на кожному аспекті їх життя. Самоприниження і провина часто зосереджуються на події в минулому – жінка, яка страждає безпліддям, спокутує провину за «гріхи», що призвели до безпліддя. Деякі відчувають провину за попередній сексуальний досвід, протизаплідні засоби, або спосіб життя, які на їхню думку, могли привести до безпліддя, або тому що вони відкладали спробу мати дітей на потім. Інші відчувають провину, у якій немає ніякого певного джерела [9].

Горе часто слідує за діагнозом, що безпліддя невиліковно. Втрата можливості народити дитину реальна, вона викликає втрату потенційних дітей, потенційних подій і генетичних зв'язків. «Багато людей не розуміють, що безпліддя дуже схоже на загибель дитини. Ви журитеся про дитину, яка не була зачата в цьому місяці, і про всіх немовлят, яких Ви ніколи не будете мати»[9]. Природа кризи безпліддя має складну структуру. Коли безпліддя є безперечним, горе може ніяк не виявлятися і ніким не підтримуватися.

Рішення. На даному етапі пари приходять до вирішення або витратити все життя на спроби завагітніти, або до того, щоб відмовитися від цих спроб. Роки спроб завагітніти і медичних втручань, проходять через здивування, спростування, гнів, ізоляцію, вину, депресію, і горе, в кінцевому рахунку, досягають вищої точки в негативному результаті лікування або в рішенні пари закінчити процес лікування.

2. Втрата контролю – як переживання, ілюструється наступним типом висловлювань: «Ми не можемо завагітніти; моя дружина пригнічена; я страждаю від розчарування; і я нічого не можу вдіяти. Нічого з того, що б я не сказав чи зробив не приносить змін» [18]. Найчастіше виділяють дві реакції на безпліддя, які призводять до втрати контролю. Перша стосується контролю над подіями, які є поточними, включаючи втрату контролю над повсякденними

діями і емоціями. Друга зачіпає контроль над проблемами майбутнього, здатність передбачити або запланувати майбутнє і намічати цілі в житті. Безпліддя – супроводжується реальною чи уявною втратою контролю. Наприклад, через хронічного стресу, пов'язаного з безпліддям, деякі люди відчують, що вони не здатні стримувати себе, і деякі скаржаться на нестабільність настрою. Лікування безпліддя може впливати на плани, пов'язані з роботою або соціальною взаємодією, і таким чином жінки можуть відчувати, що їх життя їм не підвладне.

3. Почуття власної гідності, ідентичність і переконання. Діагноз безпліддя загрожує почуттю власної гідності або породжує почуття неспроможності і неповноцінності. Ця проблема активно розроблялася закордонними вченими в 80-і роки минулого століття [18]. Низька самооцінка не обмежена тільки репродуктивною функцією, вона впливає на «сексуальну функцію і бажання, фізичну привабливість, діяльність і продуктивність в інших сферах» [9].

4. Наслідки в сфері соціальних відносин. Аналіз соціальних наслідків безпліддя ведеться виходячи з декількох позицій: подружні стосунки, сексуальне функціонування, соціальні взаємодії в суспільстві або почуття приналежності до суспільства.

Розглянемо наслідки безпліддя на подружні стосунки і задоволеність шлюбом. По-перше, деякі жінки повідомляють про гнів, ворожість, або дратівливість по відношенню до свого чоловіка. Ці емоції можуть бути причиною звинувачення партнера або самозвинувачення в нерозумінні або недостатній емоційній підтримці чоловіка, або в тому, що чоловік не докладас зусиль, щоб мати дітей: «Коли ми починаємо говорити один з одним, ми закінчуємо тим, що плачемо. Ми вирішили, говорити про це тільки дуже коротко ... Я знаю, що він відчуває себе дуже винним, так як безпліддя це – його проблема» [9]. По-друге, найчастіше жінки турбуються про статус своїх відносин, вони відчують страх, що чоловік її кине або розпадеться сім'я. По-третє, жінки відчують труднощі в здатності розкрити свої почуття, збільшуючи, таким чином ізоляцію від партнера. Четвертий тип реагування на

безплідність, на противагу попереднім, позитивний. Буває, що безплідні сім'ї відчують велику близькість, любов і підтримку по відношенню один до одного. Деякі пари криза безпліддя зближує і приводить до взаємної підтримки, надає можливість усвідомити свою прихильність до партнера: «Мені дуже важко припустити, що може трапитися щось серйозніше цього. Ми дізналися, наскільки ми потребуємо один одного. Ми команда. Наш шлюб сильний ... » [9].

Публікацій, в яких оцінюється вплив психосоціальних факторів, що включають стрес, симптоми депресії і тривоги, а також розлади настрою, на природну фертильність, не так багато, а дані, що містяться в них суперечливі [36]. Стрес, що розглядається як специфічна відповідь фізіологічних процесів і біологічних тканин на стресовий стимул, негативно відбивається на фертильності жінки. Широкий спектр фізичних реакцій, що виникають у відповідь на прямий вплив стресора і викликають порушення гомеостазу, призводить до негайного порушення психологічної або фізичної рівноваги, при якому організм реагує, стимулюючи нервову, ендокринну та імунну системи [34]. Подібна відповідь має як короткострокові, так і довгострокові наслідки. Стресові стимули викликають активацію гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової та симпатoadреналової-медулярної системи. На патофізіологічному рівні гормони, що виділяються цими системами після стресових подразників (як позитивних, так і негативних), можуть призвести до нейроендокринних змін різної тривалості, що впливає на фертильність [37].

Описано «хронічний психосоціальний стрес», обумовлений самим фактом безпліддя у жінок, що впливає на оваріальний резерв. При цьому також мають значення потенціюють стрес фактори: низький соціально-економічний статус, недостатнє харчування і фінансові труднощі [34]. Індукція окисного стресу, викликана емоційним напруженням і тривогою, також впливає на якість ооцитів у жінки. Депресія, виражені стратегії подолання, уникнення та емоційна експресивність можуть відображатися на жіночій плодючості. Депресія значно корелює з альтернативним проявом стресу – тривогою.

Встановлено, що як депресія, так і тривога частіше зустрічаються у безплідних жінок в порівнянні з фертильними [35]. У дослідженні Presto, яке включало жінок і присвячене встановленню часу настання вагітності, виявлено, що симптоми важкої депресії були пов'язані зі зниженням імовірності зачаття природним шляхом протягом одного менструального циклу [22].

Проте основна частина публікацій все ж присвячена взаємозв'язку стресу і репродукції. Психосоціальний стрес активує симпатичну нервову систему, яка може впливати на вісь гіпоталамус – гіпофіз – наднирники. У дослідженні Biosycle продемонстровано, що щоденний стрес негативно впливає на менструальну функцію [22]. Такі жінки відрізняються підвищеним ризиком ановуляції і зниженим рівнем прогестерону в лютеїновій фазі циклу.

У ряді досліджень стрес і психологічний стан розглядалися як прогнозує несприятливий фактор результату лікування. Підтверджено, що стрес пов'язаний з низькою ймовірністю вагітності серед жінок, що знаходяться в процесі лікування від безпліддя [31].

Отже, сучасні дослідження підтверджують значний вплив психологічного фактора на репродуктивні функції жінки. Безпліддя відноситься до числа тих патологічних станів, які можуть істотно впливати на психоемоційний статус, викликаючи стан хронічного стресу. У відповідь на тривалу психогенію виникає безліч психосоматичних захворювань із залученням інших органів і систем.

1.3. Психологічні причини ідіопатичного безпліддя у жінок фертильного віку

За даними різних джерел, кількість жінок з діагнозом безпліддя варіюється від 4 до 40% від загального числа фертильних жінок. Якщо пацієнтка і її постійний партнер пройшли стандартне медичне обстеження на предмет виявлення біологічних причин порушення репродуктивної функції, і результати

говорять про біологічну фертильності пари, ставиться діагноз «психогенне», «ідіопатичне» безпліддя [6].

Ідіопатичне (idiopathic – термін використовується в медицині по відношенню до захворювання або стану людини, який викликано невстановленою причиною або виник спонтанно) безпліддя – це стан, при якому клінічне обстеження не виявляє патологій, які могли б пояснити безпліддя жінки[4].

Існує кілька рівнозначних термінів, які використовуються для позначення безпліддя неясного генезу:

- неуточнене,
- незрозуміле,
- функціональне,
- психогенне [8],
- психологічне,
- ідіопатичне [11;12].

У МКБ-10 обговорюваний діагноз кодується шифром N 97.9 – «жіноче безпліддя, неуточнене». При даному виді порушень репродуктивного здоров'я зберігається анатомічна цілісність репродуктивного тракту жінки і відсутні об'єктивні причини, що призвели до порушення репродуктивної системи [13].

Незважаючи на більш ніж півстолітню історію існування уявлень про ідіопатичне безпліддя, на його частку в загальній структурі фертильних шлюбів припадає від 15 до 30% [13].

Цікавий погляд акушерів-гінекологів, які вважають ідіопатичне безпліддя «проблемою всередині проблеми» через неспроможність її вирішення при діагностичному максимумі. Розбіжність в показниках поширеності безпліддя неясного генезу багато авторів пояснюють недосконалістю методів для розпізнавання причин репродуктивних порушень, а також неповнотою знань про вплив на фертильність різних гінекологічних та інших захворювань, особливо при обґрунтуванні причин ідіопатичного безпліддя [15]. Це

обумовлює необхідність пошуку його причин з виключенням всіляких факторів фертильності і розробки відповідних лікувально-профілактичних заходів.

Вчені В. Бройтігам, П. Крістіан, М. Радий стверджують, що неможливо вибрати конкретну причину, яка впливає на безпліддя, будь то особистісний фактор, партнерські конфлікти або обтяжуючі життєві ситуації. Все це потрібно розглядати в комплексі. Таким чином, замість психогенного або психосоматичного безпліддя вчені ввели термін «функціональної (психосоматичної) стерильності» [1].

Діагноз «ідіопатичне безпліддя» може бути поставлений тільки при виконанні наступних умов у жінок:

- Гормональні показники в нормі;
- Овуляція є регулярною і показовою;
- Спайкові процеси в органах малого таза та трубах не виявлені;
- Ендометріоз відсутній в картині хвороби (або вилікуваний більше 2-ох років тому);
- Патології в матці відсутні;
- Антиспермальні антитіла в сироватці крові не виявлені;
- Посткоїтальний тест є позитивним [4].

Ідіопатичне безпліддя, за нашими спостереженнями і проаналізованими джерелами, може пояснюватися багатьма наслідками емоційних переживань:

1. Негативний образ матері у жінки з ідіопатичним безпліддям.
2. Досвід «безбатченків». Страх повторити сценарій своєї матері для своєї майбутньої дитини і залишитися матір'ю-одиначкою.
3. Смерть одного з батьків в дитинстві.
4. Насильницький досвід в дитячому віці.
5. Відсутність сформованої власної статевої ідентичності.
6. Досвід абортів / викиднів / завмирань. Установка – я більше не хочу це переживати, якщо трапиться подібне.
7. Високий рівень контролю над своїм життям.

8. Соціальний стан – «неодружена». Коли партнер не хоче оформляти стосунки офіційно.

9. Страх втрати особистої свободи при народженні дитини.

10. Страх батьківської некомпетентності.

11. Нетерпимість до дитячої поведінки.

12. Внутрішньоособистісні конфлікти у жінки – народити дитину і побудувати кар'єру.

13. Відсутність довіри до чоловіка. Нemoжливiсть на нього покластися.

14. Неблагополучне матеріальне становище, відсутність власного житла, стабільної роботи.

15. Тема вагітності / пологів / материнства / батьківства була до певного часу табуована. Установка – «Для цього зараз ще не час».

Щоб пара могла зачати дитину, в суворій послідовності повинні відбутися багато процесів. Якщо хоча б один з них був відсутній, запізнився, здійснився не в повній мірі, вагітність не настає.

За словами учених, ідіопатичне безпліддя може бути викликане наступними факторами: невдале взаємовідношення в сім'ї, боязнь материнства, вагітності, різними соціальними проблемами, страхом перед пологами і післяпологовими психозами, конфліктним дитинством і внутрішнім протиріччям між прагненням до кар'єри і материнства [1].

Сучасні дослідники (Н.О. Дементьєва, В.В. Абрамченко, Н. П. Коваленко) стверджують, що психологічне безпліддя у жінки може бути наслідком небажаної вагітності її матері і відсутністю у них симбіотичного зв'язку в ранньому дитинстві. Під час вагітності плід може відчувати, що відчуває до нього мати, таким чином, небажана дитина з'являється на світ з відчуттям провини і непотрібності, через це він відчуває до своєї матері явну або приховану агресію. Отримані в дитинстві негативні емоції жінка проєктує на себе, боїться народжувати, так як може почати ненавидіти своїх дітей, і є можливість зародження конфлікту в материнській сфері [6].

На сьогодні недостатньо вивчені питання взаємозв'язку і взаємовпливу психічного стану жінки і її репродуктивної функції. З одного боку, психічне здоров'я потенційної матері безпосередньо впливає на її репродуктивну функцію (менструальну, дітородну) і опосередковане – в процесі застосування екстракорпоральних технологій [26].

Стан репродуктивної системи жінки багато в чому залежить від її особистісних особливостей і реакції на вплив психогенних факторів. Прикладом подібних реакцій може служити тимчасове припинення менструацій у період військових дій, «стресова» дисфункція яєчників, виражене психоемоційне напруження в повсякденному житті з огляду на негативну атмосферу на роботі, переживань за партнера, а також сильне бажання стати матір'ю (помилкова вагітність) [25].

Найчастіше причиною відсутності вагітності при даному варіанті безпліддя виступає необхідність звертатися за допомогою до фахівців-репродуктологів, проходити численні діагностичні обстеження, що пов'язано з певним «психологічним примусом». При цьому підкреслюється, що особливий вплив на репродуктивне здоров'я надає «сімейний сценарій», або «батьківська програма», – досвід материнства старшого покоління в конкретній сім'ї. У ряді випадків на несвідомому рівні включаються особливі установки на негативний вплив дітородіння на розвиток і самореалізацію особистості жінки, і думка про вагітність витісняється. ЦНС блокується репродуктивна функція, внаслідок чого можуть спостерігатися дисфункція яєчників з утворенням кіст, порушення овуляції, недолік вироблення жовтим тілом гормонів, спазмування маткових труб, посилене вироблення антиспермальних антитіл [25].

Описано психологічні передумови безпліддя, які не залежать від фертильного віку. До них відносять особливу перед диспозицію особистості, яка формується під дією сімейного виховання, при якому особлива роль відводиться материнському впливу з негативним знаком, коли на несвідомому рівні блокується настання вагітності. Йдеться про дистанційовані взаємини з матір'ю або обома батьками, підвищеною вимогливістю по відношенню до

дитини, знеціненні її успіхів, нав'язуванні необхідності піклуватися про молодших родичів при їх наявності в сім'ї [3].

Серед психологічних причин ідіопатичного безпліддя відзначається подолання психотравмуючих подій минулого досвіду, які часто йдуть з дитинства: догляд батьків з сім'ї, важке матеріальне становище, сприяють формуванню у такої жінки в дітородному віці «психологічного зречення від вагітності» [3].

Також описані внутрішні особистісні конфлікти через боротьбу мотивів, коли жінка хоче відбутися і в кар'єрі, і в материнстві. Ці бажання можуть мати однакову цінність та інтенсивність, але вони різноспрямовані і тому можуть бути не реалізовані.

Окрему групу становлять жінки, чиє безпліддя виникло «в результаті глибокої і тривалої психосоматичної напруги, пов'язаної з наявністю психогенних страхів». Причинами такої інфертильності можуть бути установки, сформовані в процесі виховання, які призводять до відчуття патологічного страху перед вагітністю, а безпліддя виконує функцію психологічного захисту. У таких жінок імовірна наявність конфлікту між свідомим бажанням завагітніти і неусвідомленою відмовою від вагітності і материнства [28].

Deutshc розрізняє чотири типи безплідних жінок:

- 1) незрілі, чутливі, розбірливі жінки, котрі по-дитячому вередливі в стосунках з чоловіками;
- 2) агресивно-домінуючі жінки, котрі не погоджуються визнавати свою жіночність;
- 3) матір подібні жінки, які підсвідомо відчувають, що вони нездатні скопіювати свого чоловіка в дітях, і тому переносять свій материнський інстинкт на піклування про нього;
- 4) жінки, котрі присвятили себе ідейно-політичним, кар'єрно-професійним та ін. інтересам [29].

В роботі Е.А. Соснової, присвяченій проблемі жіночого безпліддя, розглянуті особистісні детермінанти переживання соціального досвіду в ситуації безпліддя у жінок, де було виділено ряд компонентів особистісних детермінант: ціннісний, смисловий, емоційний, рефлексивний, тимчасової організації особистості [20]. Автор говорить про наявність тривожної домінанти у жінок із звичним невиношуванням вагітності, нездатності до планування власного життя, надмірний контроль, наявність внутрішньоособистісного конфлікту в системі уявлень про себе, негативну оцінку власного життя, вимушену поступливість, негативну оцінку ситуації «тут і зараз», концентрацію на негативних подіях, низький рівень рефлексії [20].

Чайкіна А.Е. та Ульянов І.Г. вивчали психологічні детермінанти невиношування вагітності і виділяють ряд особистісних особливостей жінок, що мають порушення репродуктивної сфери: підвищена мускулізність, песимістичність, індивідуалістичність, незалежність, ригідність, низьку емоційну лабільність, тривожність, уразливість, концентрація на надцінних ідеях. Також таким жінкам були властиві такі типи акцентуацій – тривожний, афективно-екзальтований і психоастенічний тип [27].

У дослідженні Назаренко Т.А. був виявлений особистісний профіль безплідних жінок. Так жінки, які страждають на безпліддя, схильні до депресивних реакцій, тривожні, емоційно нестійкі, конфліктні, з явним прагненням подібатися всім оточуючим. Також для жінок з безпліддям неясної етіології характерні риси психічного інфантилізму. Автор крім інфантилізму виявила у безплідних жінок відсутність психологічної фертильності, прояв крайньої недовіри до навколишнього світу, що відбивається в таких особистісних рисах як схильність до підвищеного контролю ситуації і планування, неприйняття нового, регідність [15].

Низкою авторів (Насирова Р. Ф., Сотнікова Л. С., Савіних Е. Н.) досліджені індивідуально-психологічні особливості жінок, які страждають на безпліддя [16, с. 102]. Так для безплідних жінок характерні наступні особистісні

фактори – домінування, замкнутість, байдужість, суперництво, підозрілість, самоповага, безвідповідальність, тривожність, нечутливість, напруженість, депресивність, консерватизм і ригідність. Також в даному дослідженні було виявлено високий рівень депресії, ситуативної та особистісної тривожності, що є безпосередньою основою для домінування відповідних емоційних станів і особистісних особливостей.

За даними Чаркіної О.А., в дослідженні груп жінок, які мають проблеми із зачаттям і перебігом вагітності, було виявлено, що для жінок з порушенням репродуктивної функції характерні наступні особистісні особливості: емоційна нестійкість, схильність до гіперстенічного реагування, схильність до перепадів настрою, нетерпимість доневадч з накопиченням негативних емоцій, схильність до формування надцінних ідей, перекручена жіноча ідентичність, знижений рівень соціальної адаптації, конфліктні відносини з батьками, незадоволеність собою, завищена самооцінка, знижена цінність дитини при високій цінності материнства, високий рівень тривоги, часто пригнічена агресія, відсутність достатнього усвідомлення хвороби [29].

У дослідженні Василюк Ф.Е. виявлено, що жінки з безпліддям мають нав'язливі емоційні переживання, пригніченість, вимогливість, прямолінійність, суворість і різкість воцінці оточуючих [2, с. 18].

Результати дослідження Чаркіної О.А. свідчать про те, що для безплідних жінок характерна емоційна нестійкість, схильність до психосоматичних розладів, а також спостерігається конфлікт в областях «альтруїзм – егоїзм», «агресивність – доброзичливість», «відособленість – включеність в групу» [28, с. 273]. Безплідні жінки виявляють такі риси як нетерпимість до критики, владність, незалежність, наполегливість, відособленість в суспільстві, підозрілість.

Жінки, які страждають безпліддям, мають підвищену тривожність, знижений настрій, загальне негативне самопочуття, низький рівень рефлексії (низький рівень усвідомлення та опрацювання ситуації захворювання); схильні до екстернального локусу контролю, що говорить про схильність таких жінок

приписувати відповідальність за події, що відбуваються з ними оточенню, а не собі [28].

Жінки з безпліддям на відміну від здорових в репродуктивній сфері жінок мають своєрідний особистісний профіль, де тяжкість і тривалість захворювання відбивається в психічній сфері. До особистісних переживань жінок з безпліддям можна віднести інфантилізм, тривожність, занижену самооцінку, недовірливість, соціальну дезадаптованість. Емоційні переживання жінок з безпліддям характеризуються незрілістю емоційно-особистісної сфери, емоційною нестійкістю, пригніченою агресивністю.

В результаті аналізу літератури з проблеми можна скласти перелік особистісних і емоційних переживань психологічного безпліддя (див. табл. 1.1).

Таблиця 1.1.

Особистісні та емоційні детермінанти психологічного безпліддя

Особистісні переживання	Емоційні переживання
<ul style="list-style-type: none">- інфантильність,- концентрація на надцінних ідеях,- відсутність достатнього усвідомлення хвороби,- нетерпимість до невдач з накопиченням негативних емоцій,- наявність внутрішньоособистісного конфлікту в системі уявлень про себе	<ul style="list-style-type: none">- емоційна нестійкість,- тривожність,- концентрація на негативних подіях,- низька емоційна лабільність,- пригнічена агресивність

Характерною рисою психологічного безпліддя є наявність сукупності специфічних особистісних і емоційних переживань відмінних від таких у жінок без порушення репродуктивної функції.

Таким чином, ми можемо сформулювати основні причини ідеопатичного безпліддя, а саме:

- високий рівень тривожності або навіть наявність генерального тривожного розладу, що пов'язаний з емоційними переживаннями жінки та соціально-економічною ситуацією;
- наявність певних невротичних станів;
- наявність депресивних станів у жінок;
- емоційного тону.

Все це призводить до загально зниженого фону настрою, емоційної нестійкості, тривожності. Має місце концентрація на ідеї «батьківства». Разом з тим спостерігається інфантилізм, нетерпимість до невдач пов'язаних зі спробами стати матір'ю і як наслідок накопичення негативних емоцій. Часто спостерігається недостатнє усвідомлення хвороби, що в першу чергу пов'язано з діагнозом «безпліддя незрозумілої етіології». Відсутність чіткого розуміння причин і методів лікування порушеної репродуктивної функції спричиняє розгубленість і пригнічений стан.

Висновки до першого розділу

Психологічні переживання безпліддя у жінок дотепер залишаються недостатньо вивченими. Переживання виникає, коли стає неможливим реалізувати внутрішні потреби свого життя. Робота переживання спрямована на відновлення безперервності життя і цілісності особистості. Психологічні реакції на переживання безпліддя: емоційні (горе/депресія; гнів/фрустрація; вина; шок/заперечення; тривога); втрата контролю – як переживання; почуття власної гідності, ідентичності і переконання; наслідки в сфері соціальних відносин: подружні стосунки, сексуальне функціонування, соціальні взаємодії в суспільстві або почуття приналежності до суспільства. Можна зробити висновок, що психологічні проблеми, здатні викликати безпліддя, і психологічні особливості переживання безпліддя впливають на репродуктивну

функцію, на успішність лікування безпліддя і на здатність стійко переносити процес лікування. Дані дослідження підтверджують, що безпліддя є стресовою ситуацією для жінок. Жінки характеризуються такими психологічними особливостями: нестійкість емоцій і схильність до імпульсивної реакції; часті перепади настрою, болісне переживання з приводу невдач з накопиченням негативних емоцій; часте формування надцінних ідей, зведення вагітності в життєву мету; спотворення ідентичності; низький рівень соціальної адаптації; конфліктні відносини з матір'ю; постійна вимогливість до себе, незадоволеність з приводу ставлення до себе, занижена самооцінка; підвищений фактор тривожності. Засоби подолання з важкою життєвою ситуацією вивчаються в психології.

Ідіопатичне безпліддя є результатом впливу внутрішньоособистісної проблематики на особливості проявів організму. Ідіопатичне безпліддя може бути викликане наступними факторами: невдале взаємовідношення в сім'ї, боязнь материнства, вагітності, різними соціальними проблемами, страхом перед пологами і післяпологовими психозами, конфліктним дитинством і внутрішнім протиріччям між прагненням до кар'єри і материнства. Для повного розгляду проблеми ідіопатичного безпліддя повинні враховувати всі фактори, а саме: соціальні, психологічні, біологічні. Таким чином, безпліддя розглядається в плані психологічного захворювання і психогенії, особливо у випадках ідіопатичного безпліддя. Провідним чинником у виникненні ідіопатичного безпліддя є те, що у своїй несвідомій тривожності жінка функціонально безплідна. З якоїсь (дуже особистої, глибинної) причини вона не може ідентифікуватися з образом матері, не може досягти психологічної зрілості.

Таким чином, ми можемо сформулювати основні причини ідіопатичного безпліддя, а саме:

- високий рівень тривожності або навіть наявність тривожного розладу, що пов'язаний з емоційними переживаннями жінки та соціально-економічною ситуацією;
- наявність певних невротичних станів;

- наявність депресивних станів у жінок;
- емоційного тону.

Психологічне безпліддя розглядається як результат усвідомленого або неусвідомленого небажання жінки мати дитину. В цілому, відсутність чіткого розуміння причин і методів лікування порушеної репродуктивної функції призводить до розгубленості і пригніченого стану, викликаючи хронічний стрес. Дослідники розробляють психотерапевтичну модель допомоги жінкам з психологічним безпліддям.

РОЗДІЛ 2.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ІДІОПАТИЧНОГО БЕЗПЛІДДЯ У ЖІНОК ФЕРТИЛЬНОГО ВІКУ

2.1. Обґрунтування методів дослідження ідіопатичного безпліддя у жінок фертильного віку

Грунтуючись на предметі дослідження, була поставлена мета: виявити переживання, як причину, що ведуть до безпліддя у жінок фертильного віку.

Необхідно вирішити такі завдання:

1. Виявити, які особистісні переживання, ведуть до ідіопатичного безпліддя у жінок фертильного віку.
2. Вивчити і описати кожен компонент.
3. Проаналізувати особливості переживань і стилів саморегуляції поведінки у жінок з проблемами репродукції.
4. Виявити і проаналізувати взаємозв'язки між переживаннями та ідіопатичним безпліддям у жінок фертильного віку.

Дослідження включало в себе два етапи:

- перший етап – пошуково-ознайомлювальний. Він складався з теоретичного аналізу наукової літератури, збору матеріалів для дослідження, вибору діагностичного інструментарію;
- другий етап: дослідно-експериментальний.

Дослідження проводилося на базі Центру соціально-психологічної допомоги Київського міського центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді. Вибірка складала 44 жінки у віці 25-29 років. З медичної сторони жінки були здорові. Їх було розподілено на контрольну та експериментальну групи.

Всі досліджувані належать до вікового періоду 25-29 років, що відповідає в основному періоду ранньої зрілості, відповідно до вікової періодизації Е. Еріксона. Даний період характеризується тим, що перед молодими людьми

стоять завдання щодо досягнення як соціального статусу так і фінансово економічної незалежності. У цей період досліджувані вже визначилися з вибором свого постійного партнера для сімейного життя. Перед ними так само стоїть багато завдань, пов'язаних розвитком власної кар'єри, так як більшість опитуваних це працюючі люди.

При формуванні групи вибірки був реалізований принцип добровільності участі в дослідженні, що дозволило знизити можливість мотиваційних спотворень. Учасникам гарантувалися збереження конфіденційності результатів.

В ході інструктажу учасникам дослідження повідомлялося, що їм буде запропоновано низку опитувальників, при роботі з якими можна використовувати псевдонім.

Таким чином, інструкція і процедура збору емпіричних даних передбачала нівелювання впливу чинників, які потенційно можуть обумовити зниження рівня достовірності відповідей.

Методи дослідження:

Відповідно до завдань роботи були використаний метод теоретичного аналізу психологічних досліджень з досліджуваної проблематики; методи статистичної обробки та якісного аналізу експериментальних даних, включене спостереження, бесіда, тестування. У роботі застосовувалися такі різноманітні методики:

1. Опитувальник особистісної та ситуативної тривожності Спілбергера–Ханіна;
2. Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів (К.К. Яхін, Д.М. Менделевич);
3. Шкала депресії Бека;
4. Шкала оцінки емоційного тону.

Статистична обробка результатів дослідження проводилася з використанням програми «Statistica 5» в операційному середовищі Windows.

Проведено порівняння вибірок за допомогою t критерію Стюдента, в результаті якого ми бачимо відмінності між контрольною і експериментальною групами. Дані методи дозволяють комплексно досліджувати особливості а емоційного стану у жінок з ідіопатичним безпліддям.

Опис і обґрунтування методів дослідження.

1. Тест Спілбергера-Ханіна.

Методика, створена для визначення рівня особистої та ситуативної тривожності.

Певний рівень тривожності – це природна і обов'язкова особливість активної, діяльної особистості. У будь-якої людини існує свій оптимальний, або комфортний рівень тривожності – це так звана корисна тривожність. Оцінка людиною свого стану в цьому відношенні є для неї істотним компонентом самоконтролю і самовиховання.

Методика, запропонована Спілбергом-Ханіна, це єдина методика, яка дозволяє диференційовано вимірювати тривожність як особистісну властивість і як стан, пов'язаний з поточною ситуацією. В той час як більшість інших методик з вимірювання рівня тривожності дозволяють оцінити або тільки особисту тривожність або тільки стан тривожності. Цей тест допоможе нам визначити вираженість тривожності в структурі особистості.

Тривожність як особистісна риса означає відношення людини до тривоги або набуту поведінкову позицію, яка змушує її сприймати широке коло безпечних обставин, як містять загрозу, при цьому спонукаючи реагувати на них станами тривоги, інтенсивність яких не відповідає величині реальної небезпеки.

Особи, що відносяться до категорії високо тривожних, схильні сприймати загрозу своїй самооцінці та життєдіяльності у великому спектрі різних ситуацій і реагувати яскраво вираженим станом тривожності.

Якщо психологічний тест виявляє у досліджуваного високий показник особистісної тривожності, то це дає підставу припускати в нього появи стану тривожності в різних ситуаціях.

Реактивна (ситуативна) тривожність характеризує стан людини в даний момент часу, яка характеризується суб'єктивно пережитими емоціями: напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю в даній конкретній обстановці. Цей стан виникає як емоційна реакція на екстремальну або стресову ситуацію, може бути різним за інтенсивністю та динамічним у часі.

Тестування за методикою Спілбергера-Ханіна проводиться із застосуванням двох бланків: один бланк для вимірювання показників ситуативної тривожності, а другий – для вимірювання рівня особистісної тривожності.

При аналізі результатів треба мати на увазі, що загальний підсумковий показник по кожній з підшкал може перебувати в діапазоні від 20 до 80 балів. При цьому чим вищий підсумковий показник, тим вищий рівень тривожності (ситуативної або особистісної).

При інтерпретації показників можна використовувати наступні орієнтовні оцінки тривожності:

- до 30 балів - низька,
- 31 - 44 бали - помірна;
- 45 і більше - висока.

Дуже висока тривожність (> 46) прямо може бути пов'язана з наявністю невротичного конфлікту, емоційними зривами і з психосоматичними захворюваннями.

Низька тривожність (<12), навпаки, характеризує стан як депресивний, неактивний, з низьким рівнем мотивацій. Іноді дуже низька тривожність у показниках тесту є результатом активного витіснення особистістю високої тривоги з метою показати себе в «кращому світлі».

Особам з високою оцінкою тривожності слід формувати почуття впевненості і успіху. Їм необхідно зміщати акцент з зовнішньої вимогливості, категоричності, високої значимості в постановці завдань на змістовне осмислення діяльності та навчитися розбивати великі завдання на більш дрібні.

Для людей з низьким рівнем тривожності, навпаки, потрібно пробуджувати активність, підкреслювати мотиваційні компоненти діяльності, збільшувати зацікавленість, формувати почуття відповідальності у вирішенні тих чи інших завдань.

2. Шкала депресії Бека.

Розробив методику А. Бек, американський когнітивний психолог. Згідно з положеннями когнітивної психології, депресивний розлад виникає у людини тоді, коли істотно спотворюються її процеси сприйняття. Невротичних пацієнтів лякає страх перед майбутнім, при цьому про себе вони мислять виключно в негативному ключі. Ці когнітивні спотворення виникають у людини через неправильне сприйняття нею свого життєвого досвіду. Вчений запропонував нову модель психологічного консультування, спрямовану на усунення таких «неправильних», дезадаптивних і деструктивних думок.

Методика, розроблена вченим, використовується для діагностики рівня тривожності. Шкала методики підходить для оцінки депресії у всіх її проявах і, ще для аналізу окремих характерних виразних розладів. У тесті 21 питання, кожне з яких має на увазі конкретний невротичний симптом. Кожне таке питання складається з 4 тверджень, відповідним специфічним проявам симптомів депресії. Ці твердження побудовані по впорядкованості у міру збільшення вкладу симптому в загальну ступінь тяжкості депресії. Відповідно до ступеня вираження симптому, кожному пункту були привласнені значення від 0 (тобто даний симптом відсутній, або виражений незначно) до 3 (тобто симптом максимально виражений). Деякі категорії включають в себе альтернативні ствердження. На підставі відповідей досліджуваного можна скласти думку про протікання у нього депресії, найбільш характерних її проявів, спрогнозувати лікування, а також оцінити успішність проведеної терапії.

Методика Бека розроблена на основі клінічних спостережень, за пацієнтами добровольцями, а також на основі даних, отриманих психологом в ході самоаналізу.

У початковому варіанті дана методика заповнювалася за участю кваліфікованого фахівця (психіатра, клінічного психолога або соціолога), який зачитував вголос всі твердження з даної категорії, а після просив досліджуваного самому вибрати те чи інше твердження, яке найбільш відповідає його стану на даний момент часу. При цьому пацієнтові так само видавалася копія опитувальника, для того, щоб він міг теж стежити за прочитаними фахівцем пунктами. Потім, ґрунтуючись на відповідях пацієнта, фахівець зазначав відповідний пункт на бланку. На додаток до результатів тестування фахівець враховував сукупність даних, показники інтелекту та інші цікаві параметри.

На даний момент прийнято спрощувати процедуру тестування: опитувальник видається на руки досліджуваному і заповнюється ним самостійно. У зв'язку з цим шкалу Бека сміливо можна застосувати для самооцінки депресії. Процедура проведення тестування і обробки отриманих даних дуже проста і зрозуміла, так що кожен бажаючий може перевірити себе і зробити це без будь-яких труднощів.

Для виконання цього завдання відводиться 20 хвилин, але в разі важкого стану у обстежуваної людини допускається збільшення часу. Потім починаємо підраховувати результати. Показник по кожній категорії розраховується наступним чином: кожен пункт шкали оцінюється від 0 до 3 відповідно до наростання тяжкості симптому. Сумарний бал становить від 0 до 62 і знижується відповідно з поліпшенням стану.

При інтерпретації даних враховується сумарний бал по всіх категоріях.

- 0-9 - відсутність депресивних симптомів
- 10-15 - легка депресія (субдепресія)
- 16-19 - помірна депресія
- 20-29 - виражена депресія (середньої тяжкості)
- 30-63 - важка депресія.

Оцінюється вираженість 21 симптому депресії: пункти 1-13 – когнітивно-афективна субшкала (C-A); пункти 14-21 – субшкала соматичних проявів депресії (S-P).

Якщо тестування буде проводити практикуючий психолог, то за результатами він може призначити клієнту корекційні заняття для того, щоб полегшити його депресивний стан. У важких випадках пацієнту пропонується приймати антидепресанти або навіть можливо буде запропонована госпіталізація. Шкала депресії Бека, таким чином, стає важливим діагностичним інструментом психолога, який можна застосовувати протягом всього курсу терапії.

3. Шкала оцінки емоційного тону.

Шкала оцінки емоційного тону була розроблена Е.С. Івановою та Н.Н.Смірноюю. В даний опитувальник входить 26 тверджень, з яких 10 направлено на виявлення соматичних симптомів, ступеня їх вираженості 16-психоемоціональних симптомів (8 прямих і 8 зворотних тверджень).

Таким чином, розроблена і апробована Шкала оцінки емоційного тону достовірно виявляє рівень зниженого настрою в умовно здорових випробовуваних, і не провокує їх на захисні реакції на опис порушень, пов'язаних з депресивним станом, що не заціклює увагу на неблагополуччя в соматичній і емоційній сфері, виключає, можливість спровокувати самою процедурою обстеження тих чи інших реакцій, пов'язаних з реальними або уявними депресивними станами.

Встановлено такі тестові норми:

до 49 балів – високий емоційний тонус,

50-56 – ситуативні порушення емоційного тону,

57-63 – виражені порушення емоційного тону,

більше 63 – критичний стан, що вимагає застосування клінічних методик для оцінки ступеня вираженості депресивної симптоматики.

4. Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів (К.К. Яхін, Д.М. Менделевич). Тест призначений для якісного аналізу

невротичних проявів і дозволяє виявити основні синдроми невротичних станів за наступними шести шкалами: тривога, невротична депресія, астенія, істеричний тип реагування, obsесивно-фобічні порушення (нав'язливості), вегетативні порушення.

Опитувальник містить 68 питань. Випробуваному пропонується оцінити свій поточний стан за п'ятибальною системою: 5 балів – ніколи не було, 4 бали – рідко, 3 бали – іноді, 2 бали – часто, 1 бал – постійно або завжди. Підсумовують діагностичні коефіцієнти по шести шкалах і вибудовують графік.

Показники: більше +1,28 – вказує на рівень здоров'я, менше -1,28 – хворобливий характер виявлених розладів.

2.2. Аналіз результатів дослідження психологічних особливостей переживання безпліддя жінками фертильного віку

З метою дослідження психологічних особливостей переживання безпліддя жінками фертильного віку нами було використано методики:

1. Опитувальник особистісної та ситуативної тривожності Спілбергера–Ханіна;
2. Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів (К.К. Яхін, Д.М. Менделевич);
3. Шкала депресії Бека;
4. Шкала оцінки емоційного тону.

Результати дослідження за всіма 4 методиками представлені у таблицях 2.1 та 2.2.

Таблиця 2.1

Таблиця з результатами дослідження в КГ

№ п/п	Триво га	Депре- сія	Астен ія	Істери чний тип реагую	Фобі ч.пор ушен ня	Вегета тивніп оруше ння	Ситуа тивна три- вож-	Особи с тіснат ривож	Рівен ь де- пресії	Емоціон альний тонус
----------	-------------	---------------	-------------	---------------------------------	-----------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	--------------------------	----------------------------

				а-ння			ність	ність		
1	5,77	1,08	7,8	5,16	-0,01	14,27	37	37	4	48
2	-1,47	-2,7	0,41	-1,78	0,18	-2,38	52	53	16	66
3	-2,11	-4,1	-5,3	2,66	-0,45	-1,4	38	47	4	54
4	-2,7	-8,77	-3,36	-3,51	-3,45	-9,27	66	65	21	69
5	-0,99	-3,78	4,28	-1,06	-3,35	-0,374	58	57	22	51
6	2,09	4,33	8,35	3,1	4,37	6,61	54	55	13	54
7	2,09	4,33	8,35	3,1	4,37	6,61	53	50	13	54
8	0,81	-5,21	2,71	-12,52	0,53	-3,89	43	54	15	51
9	-8,92	-11,61	-8,07	-9,66	- 10,54	-17,8	67	66	39	76
10	-1,12	-4,96	-2,28	-0,84	-6,57	-3,09	31	43	14	63
11	-8,44	-7,83	-5,88	-6,01	-7,28	-10,36	66	74	23	72
12	-4,1	-2,66	1,32	1,82	1,32	4,11	44	47	10	50
13	-2,68	-6,88	1,54	-1,79	-4,21	3,99	52	60	21	60
14	-3,45	-9,49	-2,79	0,43	-3,72	4,18	47	65	22	49
15	-4,82	-9,65	-5,33	-6,17	-8,5	-7,75	63	65	36	81
16	7,46	3,09	4,34	4,64	1,23	8,21	31	35	8	47
17	0,86	-1,79	4,96	4,02	4,02	3,59	38	43	10	50
18	5,54	4,81	4,49	5,44	2,58	10,75	27	33	7	41
19	6,3	2,88	7,05	7,64	5,4	11,68	35	43	6	41
20	2,81	2,38	6,43	3,13	2,63	11,12	33	43	11	50
21	5,59	6,67	5,93	3,83	3,26	10,27	43	47	4	54
22	5,59	6,67	5,93	3,83	3,26	10,28	38	47	5	69
Ме то ди ки	Яхін-Менделевич						Спілберг		Бек	ШОЕТ
Се р. зна ч.	3,69	2,74	4,79	2,96	3,19	3,33	33,46	41,43	7	45,43

За методикою оцінки невротичних станів (К.К. Яхін, Д.М. Менделевич) високого рівня проявів не виявлено. У 10 жінок виявлено підвищену тривожність – 4,5%, у 13 жінок виявлено підвищену депресію – 59%, у 7 жінок виявлено підвищену астеною – 31,8%, у 8 жінок жінок виявлено підвищені рівні істеричного типу реагування, фобічні порушення та вегетативні порушення – по 36,4 %.

За методикою особистісної та ситуативної тривожності Спілбергера–Ханіна високого рівня проявів не виявлено. Підвищену ситуативну тривожність мали 10 жінок – 4,5%, а підвищену особистісну тривожність 15 жінок – 68%. На достатньому рівні ситуативної тривожності знаходилася лише 1 досліджувана. Особистісна тривожність є стабільною властивістю особистості. Особистісна тривожність характеризує стійку схильність сприймати велике коло ситуацій як загрозливі, реагувати на такі ситуації станом тривоги. Дуже висока особистісна тривожність характеризується з наявністю невротичного конфлікту, з емоційними і невротичними зривами і психосоматичними захворюваннями.

За методикою шкала депресії Бека високий рівень депресії було виявлено у 2 жінок – 9%, а підвищений рівень депресії у 5 жінок – 22,7%. Достатній рівень депресії мали 8 жінок – 36,4%.

За методикою шкала оцінки емоційного тону високий рівень був виявлений у 6 жінок – 27,2%, а підвищений у 2 жінок – 9%. Отже, виявлено високий рівень емоційного тону у 27,2% досліджуваних. Достатній рівень ситуативної тривожності мали 5 жінок – 22,7 %. Поняття «емоційний тонус», яке включає в себе і соматичні і емоційні показники благополуччя обстежуваного. Стійке зниження емоційного тону (схильність емоцій до депресії) веде до скорочення обсягу емоції активного словника емоцій і негативно позначається на формуванні навичок міжособистісного спілкування.

Таблиця 2.2

Таблиця з результатами дослідженняв ЕГ

№ п/п	Три вога	Деп ресі я	Астен ія	Істеричний тип реагува- ння	Фобіч. поруш ення	Вегета тивніп оруше ння	Ситуат ивнатр ивожні сть	Особисті снатриво жність	Ріве ньде пре- сії	Емоціо - нальні й тонус
1	-0,99	- 0,41	-0,34	-0,27	0,97	4,63	34	44	9	47
2	4,51	5,8	7,72	7,64	4,73	8,54	26	31	3	37
3	4,91	3,54	7,34	0,03	1,47	6,71	28	35	7	34
4	5,93	2,92	-2,06	2,08	3,74	2,78	30	39	10	46
5	-0,38	2,78	3,43	0,74	2,84	1,82	27	46	10	46
6	8,53	7,18	8,79	7,22	4,26	14,3	22	29	6	39
7	5,63	4,28	4,7	2,88	4,23	4,02	26	44	3	38
8	4,38	1,66	5,67	4,34	4,18	9,95	34	40	7	41
9	3,86	2,02	4,2	1,71	1,83	8,65	26	41	1	41
10	2,27	3,04	7,02	-0,94	3,69	2,64	39	49	4	43
11	2,59	- 0,22	6,19	3,77	2,08	4,35	40	49	9	46
12	3,89	3,29	6,28	5,18	5,68	12,69	22	48	4	46
13	0,87	4,6	7,13	5,75	3,84	8,32	32	41	3	46
14	2,29	2,55	1,62	5,76	1,97	8,77	32	42	5	47
15	0,68	2,6	5,15	5,39	1,12	2,47	33	44	11	40
16	5,37	5,64	5,71	3,05	5,01	8,51	27	30	4	39
17	5,87	6,97	11,07	5,63	5,31	15,14	30	34	4	38
18	7,32	2,16	5,72	3,69	3,72	7,19	33	38	11	43
19	3,19	3,83	4,85	-0,44	4,18	2,06	37	36	0	37
20	3,74	4,55	4,26	1,45	3,13	8,34	28	39	6	47
21	0,23	- 2,47	2,43	0,31	-1,31	7,82	41	60	14	64
22	5,89	6,26	8,09	5,34	5,22	15,44	23	33	1	33
Мет одик и	Яхін-Менделевич						Спілберг		Бек	ШОЕТ

Сер е- дне знач .	1,22	- 0,54	2,85	0,68	0,54	2,86	44,5	48,73	13,7 6	55,2
-------------------------------	------	-----------	------	------	------	------	------	-------	-----------	------

За методикою особистісної та ситуативної тривожності Спілберґера–Ханіна виявлено, що на достатньому рівні ситуативної тривожності перебували 12 жінок – 54,5%. Ситуативна тривожність проявляється в конкретній ситуації, пов'язаній з оцінкою складності і значущості діяльності, а також реальною і очікуваною оцінкою. Ситуативна тривожність характеризується суб'єктивно пережитими емоціями: напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю. Реактивна (ситуативна) тривожність характеризує стан особистості конкретно в даний момент часу, який характеризується напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю в даній конкретній обстановці. Цей стан виникає як емоційна реакція на екстремальну або стресову ситуацію, може бути різною за інтенсивністю та динамічністю у часі.

Підвищена особистісна тривожність була виявлена у 5 жінок – 22,7%. На достатньому рівні перебували 3 жінки – 13,6%. Особистісна тривожність характеризується станом несвідомого страху, невизначеним відчуттям загрози, готовністю сприйняти будь-яку подію як несприятливу і небезпечну. Людина, схильна такого стану, постійно знаходиться в настороженому і пригніченому настрої, що може бути пов'язане з постійним побоюванням і надмірним хвилюванням про ситуацію безпліддя в сім'ї.

Заклопотаність і занепокоєння, яке проявляється у жінок з психологічним безпліддям, пояснюється постійним почуттям напруги і хвилюванням, постійні повторні спроби запліднення викликають відчуття постійної щомісячної тривоги у жінки. Усвідомлення власної бездітності, соціальної неповноцінності є потужним стресом і супроводжується підвищеною тривожністю. Перебування в постійній напрузі може призводити до невротичних емоційних реакцій на зовнішні ситуативні подразники.

За методикою оцінки невротичних станів (К.К. Яхін, Д.М. Менделевич) виявлено, що тільки по 1 досліджуваній мали підвищений рівень депресії, астенії, фобічних порушень, всі інші досліджувані мали низькі рівні проявів.

Прийнято вважати, що найістотніший прояв психологічного безпліддя – тривожність, загальний знижений фон настрою і емоційна нестійкість. Згідно з численними дослідженнями безплідні жінки в цілому емоційно нестійкі, при цьому можливий конфлікт між прагненнями з різних боків: егоїзм і альтруїзм, агресивність і прагнення подобатися, відособленість і приналежність групі. Дані характеристики побічно можуть свідчити про наявність особистісної тривожності в психологічно безплідних жінок. При цьому для жінок характерна незалежність, прагнення до емансипації, самодостатність.

Симптомами астенії у жінок з ідіопатичним безпліддям є висока стомлюваність, також характерна виснаженість уваги, при цьому спостерігаються лабільність емоцій з нестійкістю і значними стрибками настрою. У астенізованих жінок в ситуації невдалих спроб зачаття часто ослаблене самовладання, вони нетерплячі і часто дратуються всилу ситуації, що склалася і нерозуміння її причин.

Невротична депресія – це різновид неврозу, для якого характерні такі симптоми: постійна пригніченість, порушення працездатності, апатичність, проблеми зі сном, вегетативні розлади. Він зазвичай розвивається на тлі гострої стресової ситуації, яким і є ідіопатичне безпліддя. Астенія ж – це психопатологічний розлад, який супроводжується стомлюваністю, для нього також характерна виснаженість уваги, при цьому спостерігаються лабільність емоцій з нестійкістю і значними стрибками настрою. У астенізованих людей ослаблене самовладання, вони нетерплячі і часто дратуються.

За методикою шкала депресії Бека підвищений рівень депресії було виявлено у 1 жінки, а 17 досліджуваних жінок мали достатній рівень – 77,3%.

Як ми вже з'ясували, астенія спостерігається у жінок з психологічним безпліддям при депресивних настроях і безпосередній депресії, при яких також спостерігаються порушення настрою і розлади емоційного тону. Нерідко такі

люди втрачають здатність відчувати задоволення від життя, мають знижений рівень життєвого самовизначення, що може привести до астеничних проявів.

Жінки з діагнозом психологічне безпліддя зазвичай виражають значний рівень критичного ставлення до себе, не приймають себе, мають знижену самооцінку, низький рівень довіри своїм почуттям, емоціям і думкам, що безпосередньо впливає на їх емоційний тонус.

За методикою шкали оцінки емоційного тону високий рівень був виявлений у 1 жінки, а на достатньому рівні знаходилися всі інші 21 досліджувані – 95,5%,

У ситуації психологічного безпліддя, яке є тривалим стресовим станом, супроводжується постійною тривожністю, гостро проявляється емоційна лабільність, нав'язливі думки, почуття провини, які з часом можуть призводити до емоційного і фізичного виснаження організму. Так само, для психологічно безплідних жінок характерне придушення емоцій, відмова від спілкування через страх бути незрозумілими або неадекватними в сприйнятті оточуючих, що призводить людини до стану хронічного стресу.

Дуже часто жінки, які переживають психологічне безпліддя, відчувають сором, горе, печаль, тугу. Жінки з ідіопатичним безпліддям найчастіше відчувають сором перед оточуючими через неясність хвороби, перед своїми батьками і чоловіками через невизначеність майбутнього, перед самими собою через хворобу. Це може призводити їх до апатичного стану, через постійні думки про це у них порушується сон і з'являються проблеми з соціумом.

Таким чином, ми можемо говорити про те, що чим вищий рівень невротичної депресії у жінок з ідіопатичним безпліддям, тим вищий у них рівень астеничності. І відповідно, при зниженні рівня невротичної депресії, рівень астеничності також знижується.

Істерична форма реагування на події полягає в перевищенні вимог і очікувань від оточення над вимогами до себе. Показовість і демонстративність проявів є ключовою особливістю такої форми реагування. Як правило, дослідники відзначають, що поява таких форм реагування властива після

переживання стресових ситуацій, яким і є ідіопатичним безпліддя. Травмуюча ситуація, яка супроводжує безплідних жінок призводить до підвищення як істеричних форм реагування, так і до підвищення депресивних настроїв, адже вся ситуація постійного очікування, напруги і невідомості чинять негативний вплив на поведінку, соціальну взаємодію, емоційний стан і на особистість жінок з безпліддямнеясної етіології.

Ідіопатично безплідні жінки часто визначають свій стан як близький до втрати сенсу життя, при цьому для них характерно відчувати тривогу, депресію, страх неспроможності як продовжувача роду, почуття пригніченості, агресивності. Особистісна тривожність породжує страхи, які пов'язані у жінок з таким діагнозом з неможливістю мати потомство і продовжити свій рід. Відповідно в ситуації, коли рівень тривожності знижується, знижується і рівень фобічних порушень.

2.3. Розробка та обґрунтування корекційної програми переживання безпліддя жінками фертильного віку

Технологія корекційної програми використовує принципи і закономірності психологічного тренінгу, які у вітчизняній психології. Програма і зміст тренінгу є синтетичною розробкою, в якій поєднані елементи психологічного тренінгу зрілого материнства, елементи тренінгів особистісного зростання, різні психологічні вправи, які використовуються в тренінгових програмах, а також власні авторські вправи. При розробці тренінга ми брали до уваги роботи науковців, де розглядаються теоретичні та практичні аспекти групової та індивідуальної роботи з сім'єю.

Принципи системного аналізу вимагають виділення системоутворюючої ознаки, яка повинна міститися в самій психологічній реальності.

Принцип організації роботи тренінгової групи: робота зі своєю особистістю; робота із рівнем тривоги, депресії, робота в тренінговійдіаді (зі

своїм чоловіком/дружиною) в процесі активної емоційної залученості при постійному отриманні зворотного зв'язку.

З огляду на це, ми розробили психологічний тренінг.

Ціль: гармонізація особистості через формування культури переживань і вираження своїх почуттів.

Програма тренінгу

Заняття 1

Вправа «Знайомство» – 10 - 15 хв

Мета: познайомитися; звернути увагу учасників групи на свої відчуття і почуття і тим самим зняти напругу.

Інструкція: кожен учасник тренінгу розповідає про свої очікування від тренінгу, про свій емоційний стан.

Прийняття правил роботи в тренінговій групі - 15 хв.

Вправа «Переходимо на одну мову» - 40 хв.

Мета: рефлексія досвіду батьківства, усвідомлення змісту поняття «батьківство», узгодження уявлень про батьківство.

Інструкція: кожен учасник протягом 2-3 хв. пише асоціації до слова «батьківство», потім відбувається обговорення асоціацій в групі. Далі обговорюється зміст батьківства за схемою:

- чи є прагнення стати батьком;
- які фактори впливають на виконання батьківської ролі (батьківська сім'я, друзі, мораль суспільства і т. д.);
- чи є наші батьківські ролі (моя і мого чоловіка), узгодженими, в яких сферах виховання, в яких питаннях частіше виникають розбіжності.

Вправа «Дзеркало» - 45 хв.

Мета: допомогти учасникам усвідомити і сформулювати свої особистісні труднощі в сфері батьківства, дати зрозуміти, що батьки не самотні в своїх переживаннях, що проблеми існують у багатьох сім'ях.

Інструкція: учасникам дається завдання поділити аркуш паперу на дві частини і закінчити наступні пропозиції (перша частина): «В батьківство мені

подобається ...», (друга частина): «В батьківстві особливо важко і неприємно ...». Ці листи спочатку показуються своєму чоловікові, а потім обговорюються в колі. Групове обговорення будується за схемою:

- які проблеми я виділяю;
- яка моя роль у виникненні проблем;
- як зміниться ситуація, якщо проблема буде вирішена;
- які труднощі мені здалися несподіваними у мого партнера;
- як можна вирішити дані проблеми;
- чого більше в батьківстві; радощів або прикростей.

Для відповіді на наступне питання спочатку відбувається обговорення в парі:

- у чому наші сильні сторони, які зближують нас з чоловіком і роблять сім'ю захищеною?

Вправа «Цінності нашої сім'ї» - близько 35 хв

Мета: узгодження пріоритетів ціннісних орієнтацій з пріоритетами жінки, усвідомлення єдності цінностей сім'ї.

Інструкція: вправа виконується в тренінгових парах. Подружжя повинні виділити і записати те, що є для даної сім'ї найбільш значущим, важливим, що є сімейною цінністю (7-10 позицій). Потім окремо один від одного чоловік і жінка виділяють з отриманого списку найбільш важливі для себе пункти (близько 5 позицій). Відбувається обговорення.

Вправа «Спогади дитинства» - близько 40 хв

Мета: актуалізація стану «Я»-дитина (по Е. Берну).

Інструкція: в ході групового обговорення згадати і розповісти про найпершу, найулюбленішу: іграшку, книжку, пісню, лічилку, гру. Можна, якщо є час, розповісти яскравий спогад з дитинства.

Вправа «Клубок» - 7 - 10 хв

Мета: завершення заняття; групове згуртування, фіксація основних досягнень тренінгового заняття; настрої на позитив.

Інструкція: кожен учасник по черзі, передаючи клубок і одночасно розмотуючи його, розповідає про свої почуття, про те, що сподобалося, запам'яталося, було несподіваним. Ведучий виступає останнім, резюмує, підсумовує день, налаштовує на позитивне мислення.

Заняття 2

Вправа «Гарне місце» - близько 15 хв

Мета: настрій на роботу, зняття напруги.

Інструкція: кожен з учасників ділиться враженнями минулого дня; говорить про те, що змінилося, відбулося з часу останнього заняття.

Вправа «Скеля» - 10 - 15 хв

Мета: активізація роботи групи, групове згуртування.

Інструкція: учасники стають шеренгою уздовж стіни, на відстані 30 - 40 см від неї, обличчям до стіни. За допомогою рук і ніг імітують перешкоди для руху - «гірські виступи». Кожен учасник по черзі повинен пройти по «гірській стежці» (між стіною і учасниками).

Обговорюються враження учасників від проходження вправи.

Вправа «Мідні труби» - 40 - 45 хв

Мета: дати можливість учасникам усвідомити власну самоцінність, отримати зворотній зв'язок, прийняти знаки уваги від інших.

Інструкція: всі учасники групи утворюють два кола (внутрішнє і зовнішнє), стоячи обличчям один до одного. Ті, хто стоїть обличчям один до одного, утворюють пару. Починати взаємодію найкраще зі значимою людиною. Перший член пари говорить партнеру про те, яку якість характеру він цінує і поважає в ньому, яка допомагає бути ефективними батьками. Наприклад: «Я захоплююся твоїм терпінням». Партнер відповідає «так, звичайно, але, крім того, я ще й ...» (називає те, що цінує в собі). Потім партнери міняються ролями, після чого роблять крок вліво, утворюючи нові пари. Вправа повторюється до тих пір, поки не буде зроблений повний круг. Обговорення за схемою:

- що ви відчували, коли партнер говорив про Ваші якості;

- чи легко було знаходити позитивні риси характеру та їх вплив на батьківську роль в іншій людині;

- відрізняється Ваша реакція на похвалу від реакції інших людей.

Вправа «Гіпербола» - 60 - 70 хв

Мета: показати учасникам можливість аналізу будь-якої ситуації, без критики і засудження, надаючи підтримку.

Інструкція: вправа виконується в подружній парі. Один з партнерів розповідає про свої труднощі. Другий повинен проаналізувати ситуацію таким чином, щоб знайти сильні сторони в поведінці партнера і докладно розповісти про них. Потім партнери міняються місцями. Наступний етап виконання цієї вправи полягає в тому, що один з партнерів говорить не від свого обличчя, а від імені своєї дитини (одного з них), розповідаючи про проблемну ситуацію, яку переживала або могла б пережити дитина. Партнер точно так же, як і в першому випадку, знаходить сильні сторони і повідомляє про них «дитині». Відповіді на питання: що було складним при виконанні даної вправи; чому було важко знайти сильні сторони; хто не зміг втриматися від осуду.

Вправа «Несподіваний предмет» - 5 - 7 хв

Мета: зняття напруги, перемикання уваги, активізація, групове згуртування.

Інструкція: учасники перекидають м'яч по колу, супроводжуючи кидок м'яча словами: «м'яч» - «яблуко», «гаряча картопля», «цеглина» і т. п.). Хто зловив повинен обходитися з м'ячем як з позначеним предметом.

Вправа «Батьківська сім'я» - близько 40 хв

Мета: усвідомлення учасниками тренінгу тих впливів, яке надає батьківська сім'я на існування власної сім'ї, а також на усвідомлення себе як матір.

Інструкція: в парах подружжя аналізують свої батьківські сім'ї таким чином, щоб знайти негативні і позитивні моменти, пов'язані з вихованням дітей (близько 5 позицій). Наступне завдання полягає в тому, щоб визначити, що з

перерахованого в батьківській родині реалізується подружньою парою в своїй власній сім'ї.

Обговорення.

Вправа «Ехо» - 30 - 35 хв

Мета: показати учасникам можливості техніки емпатійного слухання.

Інструкція: вправа виконується в парах. Перший учасник пари щиро вимовляє якусь емоційно забарвлену фразу, що стосується досвіду взаємодії з дитиною. Другий учасник послідовно виконує два завдання: спочатку повторює своїми словами зміст того, що він почув (відображення змісту), а потім намагається визначити те почуття, яке, на його думку, відчуває партнер (відображення почуттів). Партнер оцінює точність відображення.

Вправа «Клубок» - 7 - 10 хв

Мета: завершальне заняття. Сприяє груповому згуртуванню, фіксує основні досягнення тренінгового заняття. Налаштовує на позитив.

Інструкція: кожен учасник по черзі, передаючи клубок і одночасно розмотуючи його, говорить про свої почуття, про те, що сподобалося, запам'яталося, було несподіваним. Ведучий виступає останнім, резюмує, підсумовує день, налаштовує на позитивне мислення.

Заняття 3

Вправа «Паровозик» - 15 хв

Мета: простежити свої відчуття, проаналізувати їх в ситуаціях, де потрібно проявити довіру до іншої людини.

Вправа «Моє батьківське «Я» - 20 хв

Мета: усвідомлення стану «Я» -батьків (Е. Берн).

Вправа «Нарцис» - близько 25 хв

Мета: дати відчути учасникам групи, що вони є цінністю для себе.

Вправа «Світ батьків» - близько 50 хв

Мета: виділити проблеми, пов'язані з батьківством, дізнатися думку інших батьків щодо цих проблем.

Вправа «Домашнє начиння» - 60 - 80 хв

Мета: отримання зворотного зв'язку від учасників тренінгу, актуалізація образу «Я», групове згуртування.

Вправа «Три плани» - 30 - 35 хв

Мета: навчитися акцентувати увагу на своїх почуттях, відокремлювати їх від зовнішнього світу і своїх думок.

Вправа «Клубок» - 7 - 10 хв

Мета: вправу, завершальне заняття, сприяє груповому згуртуванню; фіксує основні досягнення тренінгового заняття; налаштовує на позитив.

Заняття 4

Вправа «Галас в пустелі» - 10 хв

Мета: навчитися розуміти іншого і висловлювати свої почуття за допомогою невербальної поведінки; активізація групи, групове згуртування.

Вправа «Подарунки» - 25 хв

Мета: дати можливість учасникам групи висловити своє ставлення один до одного і побачити себе очима інших.

Вправа «Схвалення іншого» - 35 хв

Мета: навчити учасників займати особистісну партнерську позицію по відношенню один до одного.

Вправа «Я - мати» (психологічний автопортрет) - 50 хв

Мета: відпрацювання навику рефлексії, стимулювання саморозвитку.

Вправа «Плутанина» - 5 - 7 хв

Мета: групове згуртування, активізація роботи в групі, зняття напруги.

Вправа «Сіамські близнюки» - близько 60 хв

Мета: дати можливість учасникам отримати конкретний чуттєвий досвід розрізнення образу іншої людини, побудованого на власній системі домислів, очікувань, узагальнень, а також реальних враження від цієї людини.

Вправа «Клубок» - 7 - 10 хв

Мета: завершальне заняття; сприяє груповому згуртуванню; фіксує основні досягнення тренінгового заняття; налаштовує на позитив.

Заняття 5

Вправа «Біжать по хвилях» - 15 хв

Мета: активізація групи, самопрезентація.

Вправа «Минуле, сьогодні, майбутнє» - близько 60 - 80 хв

Мета: створення передумов для відходу від жорсткого життєвого сценарію.

Вправа «Тандем» - 10 хв

Мета: навчити учасників взаєморозумінню і уважності один до одного.

Вправа «Проективні малюнок» - 60 - 80 хв

Мета: дозволити учасникам поглянути на свою сім'ю очима свого чоловіка, а також очима стороннього спостерігача.

Вправа «Клубок» - 7 - 10 хв

Мета: завершальне заняття; сприяє груповому згуртуванню; фіксує основні досягнення тренінгового заняття; налаштовує на позитив.

Заняття 6

Вправа «Снігова куля» - 5 - 7 хв

Мета: активізація роботи групи, зняття напруги, розвиток уваги і творчої уяви.

Вправа «Світ очима дитини» - 50 хв

Мета: сприйняття і пізнання світу очима дитини, актуалізація стану «Я»-дитина (Е. Берн), розвиток емпатійних здібностей зі своєю дитиною.

Вправа «Вираз почуттів» - близько 60 хв

Мета: усвідомлення учасниками тренінгу своїх переживань, підвищення культури вираження почуттів.

Вправа «Я - мати» (скульптура) - близько 80 - 90 хв

Мета: усвідомлення себе в ролі матері, обговорення цієї ролі зі своїм чоловіком. Вправа складається з двох частин.

Вправа «Клубок» - 7 - 10 хв

Мета: вправа, яким завершує цикл занять; сприяє груповому згуртуванню; фіксує основні досягнення тренінгу.

В результаті тренінгу жінки отримають можливість бути більш адаптивними, навчатися управляти своїми емоціями і бути емоційно спокійнішими до переживань.

Висновки до другого розділу

Нами було проведено емпіричне дослідження переживань психологічного безпліддя жінками. Ґрунтуючись на предмет дослідження, була поставлена мета: виявити переживання, що ведуть до психологічного безпліддя жінок.

У роботі були застосовані методики: 1. Опитувальник особистісної та ситуативної тривожності Спілбергера-Ханіна; 2. Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів (К.К. Яхін, Д.М. Менделевич); Шкала депресії Бека; Шкала оцінки емоційного тону.

В результаті проведення емпіричного дослідження ми отримали наступні результати:

1) Існують статистично значущі відмінності в рівні ситуативної тривожності у респондентів. Так, у жінок КГ середній рівень ситуативної тривожності нижчий, ніж у респондентів з ЕГ (33,4 та відповідно 44,5).

2) Також за результатами дослідження було виявлено, що у респондентів з КГ середній рівень особистісної тривожності нижчий, ніж у респондентів з ЕГ (41,4 і відповідно 48,7). Так, ми можемо говорити про те, що жінки з ідіопатичним безпліддям схильні відчувати тривогу незалежно від ситуативних зовнішніх факторів, наприклад тренінгу.

3) У жінок з КГ вищий середній рівень депресії, ніж у жінок ЕГ (2,74 і відповідно -0,54). Що ж стосується емоційного тону, а в групі респондентів ЕГ виявлена менша схильність до порушень емоційного тону, ніж у респондентів з КГ (45,4 і відповідно 55,2).

4) Згідно з отриманими результатами, для групи респондентів з ЕГ в меншій мірі характерна схильність до тривоги (середній рівень 1,22) ніж у респондентів з КГ (середній рівень 3,69) Жінки, у яких є проблеми із зачаттям і

народженням, відчують підвищений рівень тривоги, так як вони постійно знаходяться в стані напруженості і тиску, відчують почуття сорому, провини.

5) У респондентів ЕГ у меншій мірі присутні симптоми астенії (середній рівень 2,85), ніж, у респондентів КГ (середній рівень 4,79).

6) Респонденти з КГ в більшій мірі схильні до прояву істеричного типу реагування (середній рівень 2,96), чого не можна сказати про групу респондентів ЕГ (середній рівень 0,69).

7) Згідно статистичному аналізу, були виявлені статистично значущі відмінності за шкалами «фобічні порушення» і «вегетативні порушення». Це означає, що жінки ЕГ у меншій мірі схильні мати вегетативні (середній рівень 2,86) і фобічні (середній рівень 0,54) порушення, чого не можна сказати про респондентів з КГ вегетативні (середній рівень 3,33) і фобічні (середній рівень 3,19).

Отже, існують статистично значущі відмінності між жінками з КГ і жінками з ЕГ. Це проявляється в підвищеній тривожності, порушеннях емоційного тону, ситуативної та особистісної тривожності, фобічних і вегетативних порушеннях. Респонденти КГ також більшою мірою схильні до прояву невротичної депресії, що в свою чергу може проявлятися в астенічних, фобічних і тривожних станах, які супроводжуються також вегетативними порушеннями.

РОЗДІЛ 3.

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ КОРЕКЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ ПЕРЕЖИВАННЯ БЕЗПЛІДДЯ ЖІНКАМИ ФЕРТИЛЬНОГО ВІКУ

3.1. Результати формувального експерименту

На формувальному етапі дослідження ми провели повторне тестування за обраними методиками та виявили і проаналізували взаємозв'язки між переживаннями та ідіопатичним безпліддям у жінок фертильного віку. Для виявлення відмінностей між двома групами респондентів (ЕГ і КГ) дані були перевірені на нормальність розподілу за допомогою Т-критерію Стьюдента для двох незалежних вибірок.

Згідно з проведенням аналізом, ми можемо стверджувати про те, що існують статистично значущі відмінності в рівні ситуативної тривожності у респондентів. Результат отриманий на високому рівні статистичної значущості ($t = 3,665$; $p < 0,01$). Так, у жінок КГ рівень ситуативної тривожності вищий, ніж у респондентів ЕГ (таблиця 3.1.).

Таблиця 3.1

Відмінності між респондентами КГ і ЕГ за різними показниками

Критерій порівняння	Середнє значення		Т-Стьюдента	Р, рівень значущості
	КГ	ЕГ		
Ситуативна тривожність	33,4	44,5	3,665	0,001
Особистісна тривожність	41,8	48,7	2,826	0,006
Рівень депресії	7,0	13,7	3,406	0,001

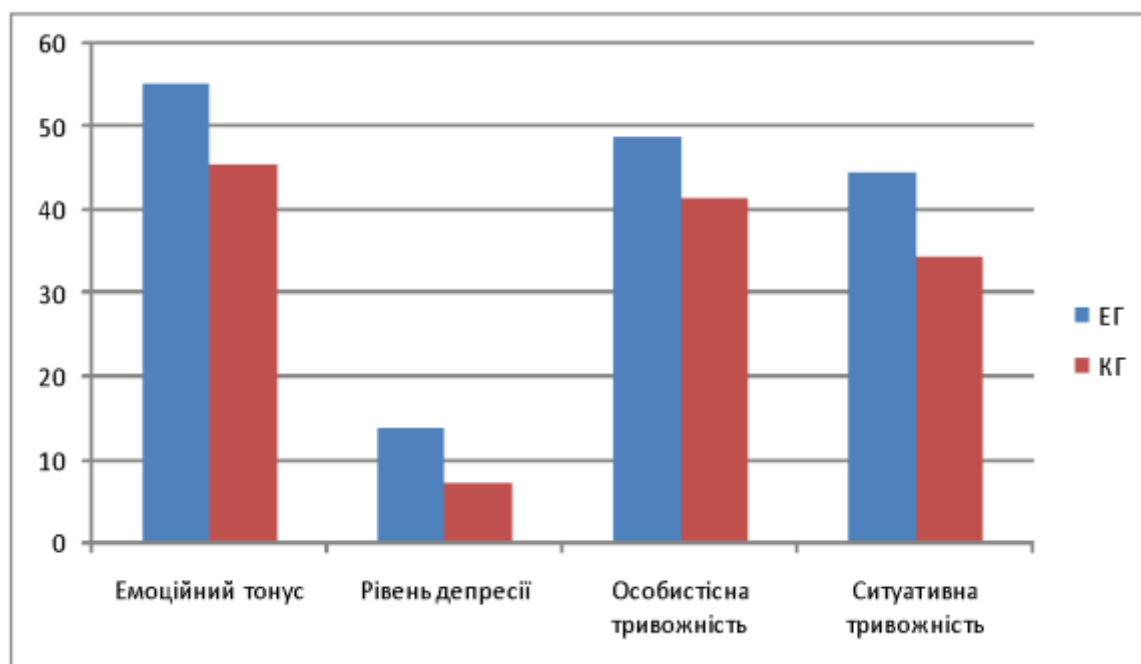
Емоційний тонус	45,4	55,2	3,742	0,000
-----------------	------	------	-------	-------

Також за результатами дослідження було виявлено, що у респондентів з КГ рівень особистісної тривожності нижчий, ніж у респондентів з ЕГ ($t = 2,826$; $p < 0,01$). Так, ми можемо говорити про те, що жінки з КГ більшою мірою схильні відчувати тривогу незалежно від ситуативних зовнішніх факторів. Дані характеристики побічно можуть свідчити про наявність особистісної тривожності в психологічно безплідних жінок.

Дослідження також показало, що у жінок з КГ вищий рівень депресії, ніж у жінок з ЕГ. Даний результат також був отриманий на високому рівні статистичної значущості ($t = 3,406$; $p < 0,01$).

Що ж стосується емоційного тону, то в групі респондентів з ЕГ, виявлена велика схильність до порушень емоційного тону, ніж у респондентів з КГ ($t = 3,742$; $p < 0,01$).

Дані результати ми представили графічно на малюнку 3.1.



і, депресії і емоційного тону КГ і ЕГ

Р
ис.
3.1.
Відмі
нності
в
рівні
триво
жност

Далі нами був проведений аналіз відмінностей за методикою оцінки невротичних станів.

Згідно з отриманих результатів, для групи респондентів, у яких присутній діагноз ідіопатичного безпліддя, більшою мірою характерна схильність до тривоги (так як відповідно до методики, чим менше значення, тим більше схильність до хворобливого характеру розладів). Результат отриманий на високому рівні статистичної значущості ($t = -2,476$; $p < 0,01$).

Як ми вже говорили раніше, можна припустити, що жінки, у яких немає дітей і у них не виходить провести зачаття, відчувають підвищений рівень тривоги, так як постійно перебувають в стані напруги і стресу, який вони відчувають виходячи з поточної ситуації.

Також за результатами нашого дослідження у респондентів в більшій мірі присутні симптоми невротичної тривоги, ніж, у респондентів з ЕГ ($t = -2,642$; $p < 0,01$).

Що стосується результатів за фактором «астенія», то можна говорити про те, що респонденти в більшій мірі схильні до прояву астеничної слабкості і стомлення, чого не можна сказати про групу респондентів ЕГ. Дані результати також отримані на високому рівні статистичної значущості ($t = -1,807$; $p < 0,05$) (таблиця 3.2.).

Таблиця 3.2

Відмінності між респондентами КГ і ЕГ групами за різними показниками

Критерій порівняння	Середнєзначення		Т-Стьюдента	Р, рівень значущості
	КГ	ЕГ		
Тривога	3,69	1,22	-2,476	0,000
Невротична депресія	2,7	-0,5	-2,642	0,001
Астенія	4,7	2,8	-1,807	0,026
Істерична форма реагування	2,9	0,68	-2,157	0,004

Фобічні порушення	3,1	0,54	-2,981	0,000
Вегетативні порушення	7,8	3,3	-2,657	0,000

Також нами було проведено дослідження відмінностей за шкалою «істерична форма реагування» між двома групами респондентів. Були виявлені статистично значущі відмінності ($t = -2,157$; $p < 0,01$), і ми можемо говорити про те, що жінки з КГ більшою мірою схильні до істеричної форми реагування, на відміну від жінок з ЕГ.

Те ж саме стосується фобічних і вегетативних порушень. Згідно статистичного аналізу, були виявлені статистично значущі відмінності ($t = -2,981$ і $-2,657$ відповідно; $p < 0,01$) за шкалами «фобічні порушення» і «вегетативні порушення». Це означає, що жінки з ЕГ, в меншій мірі схильні мати вегетативні і фобічні порушення, чого не можна сказати про респондентів з КГ.

Дані результати ми графічно представили на малюнку 3.2.

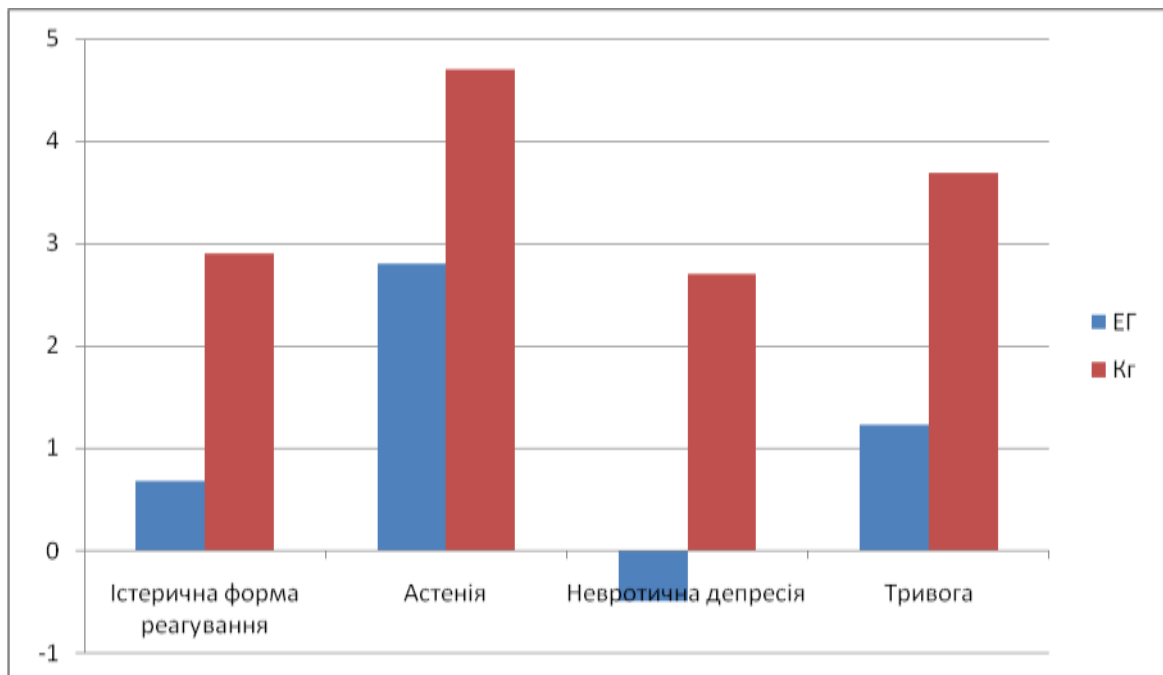


Рис. 3.2. Відмінності КГ і ЕГ за різними шкалами

Таким чином, можна зробити висновок про те, що існують статистично значущі відмінності між жінками з КГ і жінками з ЕГ. Це проявляється в підвищеній тривожності і тривозі, порушеннях емоційного тону, ситуативної та особистісної тривожності, фобічних і вегетативних порушеннях. Респонденти, які не можуть мати дітей, також більшою мірою схильні до прояву невротичної депресії, що в свою чергу може проявлятися в астеничних, фобічних і тривожних станах, які супроводжуються також вегетативними порушеннями.

Далі в нашому дослідженні ми проаналізували взаємозв'язки за різними показниками в групі респондентів.

Так як ідіопатичним безпліддям – це стан, коли наявні у людини недозволені внутрішні конфлікти і страхи негативно впливають на її репродуктивне здоров'я, а відповідно до вже наявних досліджень людям з ідіопатичним безпліддям властива інфантильність, концентрація на надцінних ідеях, нетерпимість до невдач з накопиченням негативних емоцій, наявність внутрішньоособистісного конфлікту в системі уявлень про себе, то ми припускаємо, що буде мати місце зв'язок між рівнем прояву різних психологічних характеристик у таких людей.

Так, для вивчення взаємозв'язків між змінними в групі респондентів з ідіопатичним безпліддям, ми використовували коефіцієнт кореляції Пірсона. В ході дослідження ми провели аналіз взаємозв'язків рівня тривожності, депресії, емоційного тону, істеричної форми реагування, а також прояви фобічних і вегетативних порушень (r).

В ході дослідження були виявлені статистично значущі двосторонні взаємозв'язки (на рівні 0,01) між переживаннями респондентів. Статистичні дані представлені в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Взаємозв'язки між емоційними і особистісними показниками у жінок з ідіопатичним безпліддям

Шкала		Ситуативна тривожність	Особистісна тривожність	Рівень депресії	Емоційний тонус
Тривога	r	-0,736	-0,811	-0,786	-0,695
	p	0,000	0,000	0,000	0,000
Невротична депресія	r	-0,611	-0,759	-0,754	-0,593
	p	0,000	0,000	0,000	0,000
Астенія	r	-0,495	-0,653	-0,634	-0,651
	p	0,000	0,000	0,000	0,000
Істерична форма реагування	r	-0,671	-0,716	-0,760	-0,667
	p	0,000	0,000	0,000	0,000
Фобічні порушення	r	-0,528	-0,687	-0,740	-0,666
	p	0,000	0,000	0,000	0,000
Вегетативні порушення	r	-0,722	-0,710	-0,796	-0,724
	p	0,000	0,000	0,000	0,000

Як ми можемо бачити з таблиці, в ході дослідження було виявлено велику кількість статистично значимих сильних взаємозв'язків між змінними, що може говорити нам про те, що існує взаємозв'язок між різними емоційними і особистісними факторами у жінок з ідіопатичним безпліддям.

Зупинимося детальніше на кожному з отриманих результатів. Були отримані негативні взаємозв'язки, однак вони будуть інтерпретуватися з позиції

методики оцінки невротичних станів, згідно з якою чим менше значення змінної, тим більше виражені прояви розладів.

Існує сильна негативна взаємозв'язок між рівнем тривоги і проявом ситуативної тривожності у жінок, які страждають від ідіопатичного безпліддя ($r = -0,736$). Це означає, що чим вище рівень ситуативної тривожності у жінок з ідіопатичним безпліддям, тим більш високий у них рівень прояви тривоги. А також виявлена сильний негативний взаємозв'язок між рівнем тривоги і рівнем особистісної тривожності у респондентів з ідіопатичним безпліддям ($r = -0,811$). Це говорить про те, що чим вищий рівень тривоги у таких жінок, тим вищий рівень проявів особистісної тривожності, і навпаки.

Тривога в психології – це переживання емоційного дискомфорту, яке пов'язане з очікуванням неблагополуччя, передчуттям небезпеки. Тривожність же, як емоційно-особистісне утворення, що має когнітивний, емоційний і операційний (поведінковий) аспекти, характеризується почуттям тривоги, що знаходяться в одному ряду і передбачають такі емоції, як страх і надія. Таким чином, при підвищенні рівня тривоги, у жінок з ідіопатичним безпліддям, підвищується і рівень ситуативної тривожності, виникають невротичні емоційні реакції на навколишні ситуативні подразники.

Згідно з численними дослідженнями в даній області, люди з психологічним безпліддям схильні відчувати тривожні емоційні реакції (тривога, заперечення, гнів, горе, депресія, відчуття провини). Під впливом хронічного стресу від напруги і постійних думок про зачаття дитини, від постійних невдач в зачатті, можуть виникати депресивні стани. Від них слабшає імунітет, з'являються збої в регуляторній діяльності нервової системи, внаслідок чого можуть мати місце короточасні сплески гормональних зрушень, які дуже складно об'єктивно зафіксувати, відбуваються функціональні зміни організму, що на фізіологічному рівні також впливає на рівень тривожності.

Також в ході дослідження було виявлено сильний негативний взаємозв'язок між рівнем тривоги і рівнем депресії у жінок, які страждають від психологічного безпліддя ($r = -0,786$). Взаємозв'язок статистично значущий на

рівні 0,01. Це означає, що чим вищий рівень тривоги у жінок з ідіопатичним безпліддям, тим вищий рівень депресії, і навпаки. Це можна пояснити тим, що чим вищий рівень тривоги, який пов'язаний з невдалими спробами мати дітей, з постійною зацикленістю на цьому, постійні стресові ситуації, які безпосередньо впливають за постійної напруженості, тим більша ймовірність того, що даний стан призведе до депресивних симптомів і можливо до депресії як такої.

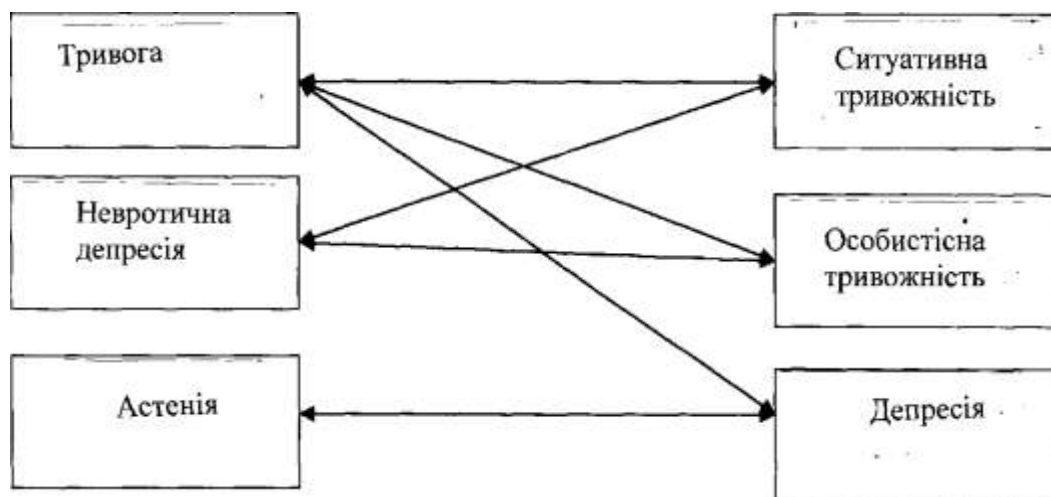
А також виявлені статистично значущі взаємозв'язки між рівнем невротичної депресії і рівнем ситуативної та особистісної тривожності ($r = -0,611$ і $r = -0,759$ відповідно).

Дослідники доводять, що реакція індивіда на своє безпліддя відбивається як послідовність кроків, з переважанням можливих емоційних реакцій: шок, заперечення, тривога, гнів, ізоляція, вина, депресія, горе.

Таким чином, даний результат узгоджується з результатами численних досліджень, які доводять, що підвищений рівень тривоги і тривожності, який безпосередньо супроводжує ідіопатичне безпліддя, а також є одним з психологічних чинників його виникнення, в кінцевому підсумку призводить до розвитку різних форм депресії.

Відповідно, якщо зменшується рівень тривоги і тривожності, відбуваються зворотні процеси на нервовому рівні у індивіда, рівень депресії і прояв депресивних симптомів знижується.

Виявлено статистично значущий сильний негативний взаємозв'язок між рівнем астенії і рівнем невротичної депресії у жінок з ідіопатичним безпліддям ($r = -0,634$, $p < 0,01$). Це нам говорить про те, що чим вищий рівень прояву невротичної депресії, тим вищий рівень астенії у жінок з ідіопатичним безпліддям, і, відповідно, навпаки. Чим нижчий рівень невротичної депресії, тим нижчий рівень астенії.



↔ – двосторонній сильний статистично значущий взаємозв'язок

Рис. 3.3. Взаємозв'язок переживань ідіопатичного безпліддя

Також в ході нашого дослідження було виявлено статистично значущий сильний негативний взаємозв'язок між рівнем астенії і емоційним тонусом у жінок з ідіопатичним безпліддям ($r = -0,651$, $p < 0,01$). Згідно з результатами нашого дослідження, чим вищий рівень астенії у жінок через психологічні причини, тим вищий рівень порушень їх емоційного тонусу.

Високий рівень астенії, яка супроводжується стомлюваністю, виснаженням уваги, лабільністю емоцій з нестійкістю і значними стрибками настрою, підвищує рівень порушень емоційного тонусу. У астенізованих жінок починаються проблеми з самовладанням, вони нетерплячі і часто дратуються, що також впливає на їх емоційний тонус і викликає деякі розлади.

За результатами дослідження також виявлений сильний негативний взаємозв'язок між рівнем істеричного реагування і рівнем депресії у жінок, які переживають психологічне безпліддя ($r = -0,760$, $p < 0,01$).

Таким чином, жінки з ідіопатичним безпліддям, при підвищенні рівня депресії, мають і підвищення рівня істеричного реагування, і навпаки.

Також в ході нашого дослідження була виявлена статистично значуща сильний негативний взаємозв'язок між рівнем особистісної і ситуативної тривожності і рівнем фобічних порушень у жінок з ідіопатичним безпліддям ($r = -0,528$ і $r = -0,687$ відповідно). Ми можемо говорити про те, що чим вищий

рівень ситуативної та особистісної тривожності у жінок з ідіопатичним безпліддям, тим більше у них виявляються фобічні порушення, а також навпаки. Життя в постійному страху неможливості зачати, виносити і народити дитину, фобії, пов'язані з зачаттям і народженням, а також фобії, пов'язані з неприйняттям безплідності в суспільстві, підвищують рівень тривожності всередині особистості, і провокують підвищення рівня ситуативної тривожності, а також тривожні реакції на зовнішні ситуативні фактори.

Існує також статистично значущий взаємозв'язок між рівнем фобічних порушень і рівнем депресії, у жінок, які страждають ідіопатичним безпліддям ($r = -0,740$). Чим більше виражені фобічні порушення у таких жінок, тим більше у них проявляється депресія і пов'язані з нею симптоми. Безплідний шлюб сам по собі є серйозним травмуючим фактором, який впливає на якість життя подружжя як соціальному, так і в психологічному сенсі. Постійне перебування в травмуючій психіку ситуації може викликати виникнення різних фобій, які були описані нами вище, а також, відповідно, чим менше спостерігається у таких жінок розладів фобічного характеру, тим менше у них рівень депресії і проявів її симптомів.

Таким чином, за результатами вивчення кореляційних зв'язків між змінними, які можуть впливати на психологічне безпліддя, ми можемо зробити висновок про те, що описані нами чинники знаходяться в тісному взаємозв'язку один з одним. Для жінок з ідіопатичним безпліддям в основному характерні загальний знижений фон настрою, емоційна нестійкість, тривожність, які можуть привести до ситуації хронічного стресу. У таких жінок спостерігається концентрація на ідеї «материнства», що тісно пов'язані зі страхом не залишити після себе потомство, а дані страхи постійно викликають негативні емоції у безплідних жінок. Відсутність чіткого розуміння причин і методів лікування порушеної репродуктивної функції тягне за собою розгубленість і пригнічений стан подружніх пар, з психологічним безпліддям, що, в свою чергу, тісно пов'язано з істеричними формами реагування, підвищенням особистісної та ситуативної тривожності, розвитком астеничних проявів.

3.2. Практичні рекомендації для жінок, які переживають ідіопатичне безпліддя

На основі отриманих результатів нами були розроблені практичні рекомендації для жінок, які переживають ідіопатичне безпліддя.

Для вирішення психологічних проблем, необхідно докладне вивчення даного питання жінкою і усвідомлення наявності проблеми психологічного характеру.

Узагальнюючи наявні практичні рекомендації, а також з огляду на результати нашого дослідження та особливості наявної вибірки, ми розробили наступні кроки і рекомендації по вирішенню проблеми психологічного безпліддя.

1) Вивчити сімейну історію.

В сімейній історії може бути приховано багато різних причин, чому саме зараз саме цій жінці не приходить дитина. Це може бути пов'язано зі старшим поколінням або з історією самої жінки. Наприклад, буває так, що жінка втратила дитину або зробила аборт колись раніше, до цих відносин або в цих відносинах. І не оплакала, не пустила. Психолог може допомогти їй це зробити. Або її мама отримала травму, пов'язану з пологами, наприклад, це співпало з смертю когось із рідних. Тоді робота психолога йде на прояснення і проживання травматичного досвіду, а після – на гармонізацію сімейної ситуації. Прояснення – це саме від слова «ясність», тобто ми робимо прихований, забутий уже досвід, старі травми спочатку явними, зрозумілими, і потім виявляємо застигли НЕ прожиті колись почуття. Тоді «справжнє» стає світліше, легше, вільніше. Тоді біль перестає блокувати тіло і з'являється можливість зачати дитину природним шляхом.

2) Усвідомити чи є тиск соціуму.

Буває, що суспільство, рідні і соціум в цілому хочуть одного, а жінка іншого. І соціум дуже любить тиснути на те, що дитину вже пора і коли ж і

треба ще одного і т.д. В нашій країні такий тиск дуже поширене. Жінка без дітей до певного віку часто сприймається як «не жінка». Опір жінки в цьому випадку може бути навіть не пов'язаний безпосередньо з дитиною, а більше з тиском оточення. Але сила протесту може бути така сильна, що у дитини немає шансів з'явитися, поки цей конфлікт не вирішений. Тоді психологічна робота йде про те, з чим насправді не згодна жінка – з її статусом бездітної, з порушенням її волі, з тиском у відносинах, з відсутністю поваги до її позиції та ін. Коли жінка відчуває, що вона отримала те, що було важливо чи змінила внутрішнє рішення, то дитина може з'явитися після такої роботи.

3) Розібратися в стосунках з партнером.

В даному випадку робота може йти на прояв прихованого невдоволення в стосунках, темних місць (про що ніхто не говорить, але всіх хвилює), іноді досить прояснити глибинні очікування подружжя щодо сім'ї та дітей. Добре дізнатися у партнера – скільки дітей він би хотів (або вона), хто з ними повинен сидіти, хто буде відповідати за їх розвиток, забезпечувати матеріально – в тому числі і вагітну жінку. Чим більше ясності, тим менше проблем. Таємниці, секрети, непроговорені в сім'ях важливі речі викривляють відносини, роблять їх напруженими.

4) Розібратися в своєму внутрішньому світі і потребах.

Безпліддя може свідчити про те, що якісь потреби жінки не задоволені або поставлені в залежність від появи дітей. Наприклад, якщо завагітніти або виносити не може жінка: можливо, за допомогою материнства ви зібралися відкусити від свого життя такий об'ємний і важливий шматок, що це занадто? Можливо, ви вважаєте, що з самореалізацією доведеться «зав'язати»? Можливо, ви підсвідомо впевнені, що з народженням дітей життя жінки «закінчиться»?

Близька тема – це страхи. Побоювання втрати статус, фігуру, здоров'я, страх бідності, самотності тощо. Психологія відмінно працює з такими станами. Можна і самотійно виписати на аркуш відповідь на питання: «Що найстрашніше буває, коли народяться діти»? – відповідайте не думаючи, а «що в голову прийде». Потім може бути цікаво перечитати такий запис. Але ж

страх, на який пролито світло ясності, наполовину вже і не страх, а інформація для роздумів.

5) Груповий аутотренінг.

Колективні зустрічі на тлі однакової проблеми створюють опір і можливість подивитися на ситуацію з іншого боку. Іноді такий погляд допомагає реально оцінити труднощі і отримати впевненість у завтрашньому дні. Командна боротьба краще, ніж бій на самоті.

6) Самонавіювання.

Щодня повторювані фрази мають фундаментальну силу. Психолог обов'язково складе потрібні пропозиції, дають стійку віру для виконання таємних бажань.

7) Візуалізація проблеми.

Психолог пропонує жінці уявити собі, що плід вже знаходиться всередині неї. Створюючи видимість зачаття, людина продумає відчуття радості і щастя. Відбувається навіювання і мозок починає думати в цьому напрямку, щоб зберегти отримані емоції і враження.

8) «Розслабитися».

Необхідно «відпустити» ситуацію, і просто перестати думати про неї. Це значно знизить рівень тривожності, ви перестанете бути в стані хронічного стресу і втоми, підуть нав'язливі думки. Розслабитися допомагають подорожі, активні заняття хобі, веселе проведення часу з сім'єю, романтичні побачення з чоловіком, заняття спортом. Фізичні навантаження змушують організм виробляти ендорфіни, які допомагають людям бути щасливими. Можна відвідувати басейн, займатися фітнесом або аеробікою, практикувати медитацію і йогу.

Нерідкі випадки, коли у жінки, яка усиновила дитину, настає довгоочікувана вагітність. А все тому, що жінка переповнюється хорошими емоціями, з головою поринає в турботу про дитину і мимоволі забуває про проблеми. Якщо ви відчуваєте, що «зациклені» на вагітності, сама стандартна порада в цій ситуації припинити постійно думати про неї. Для цього варто,

наприклад, вникнути в якісь проблеми близьких людей і спробувати їм допомогти (коли ми реально вникаємо в проблеми оточуючих, залишається менше часу за непокоєння про себе), поставити собі якусь мету (ніяк не пов'язану з розмноженням) і думати постійно про неї, йти до неї.

9) Самостійно впоратися з психологічним безпліддям практично неможливо. У вирішенні цієї проблеми можуть допомогти перинатальний психолог і акушер-гінеколог, які будуть спільно з жінкою «працювати» над настанням довгоочікуваної вагітності.

10) Якщо ви, навпаки, постійно зайняті на роботі, вирішуєте купу проблем і не можете подумати про себе, розслабитися, то в період планування вагітності потрібно постаратися більше відпочивати, і не звалювати на себе купу проблем. По можливості, уникайте психотравмуючих, стресових ситуацій.

11) Якщо безплідний чоловік, то, з огляду на життєві реалії, він може думати, що не зможе забезпечити сім'ю, може також боятися «кінця вільного життя», може побоюватися прийняти «доленосне» рішення завести дітей. Можна скористатися сімейною психотерапією.

12) Спробуйте побачити звичний варіант – що саме проситься на розум. Ось ви вагітні. А тепер ви вже сильно вагітні. Як себе відчуваєте, де ваш чоловік, красиво ви одягнені, що ви їсте – що хочеться або так? Як ви вибираєте, де народжувати, чи здорові ви, що вас хвилює.

Страхи вагітних – це нормально. Ненормально, коли вони сильніші за нас, ці страхи. І ось ви в пологах – хто вам допомагає, чи довіряєте ви собі і оточуючим, відчуваєте турботу чи ні? Дитина народилася. Все добре, він здоровий? А ви? А де ваш чоловік, що говорить ваша мама, де ви живете, чи є у дитини і у вас? Ця техніка проявляє основні проблеми в ситуації безпліддя. Якщо ви виконали її цілком і у вас вийшла відмінна історія, де вам все подобається – є три варіанти. Або «ви собі набрехали» або «все добре і малюк скоро буде» або «проблема глибше, ніж ви думали».

Висновки до третього розділу

Виявлено статистично значущі взаємозв'язки між рівнем невротичної депресії і рівнем ситуативної та особистісної тривожності.

Виявлений статистично значущий сильний негативний взаємозв'язок між рівнем астенії і рівнем невротичної депресії у жінок з ідіопатичним безпліддям. Це нам говорить про те, що чим вищий рівень прояву невротичної депресії, тим вищий рівень астенії у жінок з ідіопатичним безпліддям, і, відповідно, навпаки. Чим нижчий рівень невротичної депресії, тим нижчий рівень астенії.

За результатами дослідження також виявлено сильний негативний взаємозв'язок між рівнем істеричного реагування та рівнем депресії у жінок, які переживають ідіопатичне безпліддя. Таким чином, у жінок при підвищенні рівня депресії, відзначають і підвищення рівня істеричного реагування, і навпаки.

Існують статистично значущі сильні негативні взаємозв'язки між рівнем особистісної і ситуативної тривожності і рівнем фобічних порушень у жінок з ідіопатичним безпліддям. Ми можемо говорити про те, що чим вищий рівень ситуативної та особистісної тривожності у жінок з ідіопатичним безпліддям, тим більше у них виявляються фобічні порушення, а також навпаки.

Описані нами чинники знаходяться в тісному взаємозв'язку один з одним. Для жінок з ідіопатичним безпліддям в основному характерні загальний знижений фон настрою, емоційна нестійкість, тривожність, які можуть привести до ситуації хронічного стресу.

Існує взаємозв'язок між вегетативними порушеннями і рівнем депресії у жінок. Це означає, що чим вищий рівень депресії у жінки, яка переживає ідіопатичне безпліддя, тим більше проявляються вегетативні порушення. Внаслідок чого, ми можемо зробити висновок про те, що при стресовій ситуації психологічного безпліддя, жінка переживає депресію, яка супроводжується вегетативними симптомами, що також погіршує ситуацію.

Є взаємозв'язок між рівнем депресії і виникнення фобічних порушень у жінок. Це нам може говорити про те, що безпосередньо жінки, при переживанні депресії на тлі ідіопатичного безпліддя, схильні формувати страхи і фобії, які стосуються свого становища.

У безплідних жінок також був виявлений взаємозв'язок між рівнем особистісної тривожності та істеричної формою реагування на ситуацію. Це говорить про те, що жінка схильна при зростанні рівня особистісної тривожності більше проявляти істеричні тенденції проявляти демонстративність.

Проведений тренінг мав позитивний вплив на досліджуваних з ЕГ, оскільки їх данні змінились, а у жінок з КГ залишились на тому ж рівні.

На основі отриманих результатів нами були розроблені практичні рекомендації для жінок, які переживають психологічне безпліддя. Практичні рекомендації засновані на вирішенні основних причин ідіопатичного безпліддя.

Самостійно впоратися з ідіопатичним безпліддям практично неможливо. У вирішенні цієї проблеми можуть допомогти перинатальний психолог і акушер-гінеколог психотерапевт, які будуть спільно з жінкою «працювати» над настанням довгоочікуваної вагітності.

Необхідно «відпустити» ситуацію, і просто перестати думати про неї. Це значно знизить рівень тривожності, жінка перестане бути в стані хронічного стресу і втомі, відступлять нав'язливі думки. Розслабитися допомагають подорожі, активні заняття хобі, веселе проведення часу з сім'єю, романтичні побачення з чоловіком, заняття спортом. Фізичні навантаження змушують організм виробляти ендорфіни.

Отримані результати дають підставу вважати, що вихідна методологія була правильною, поставлені завдання виконано повністю, мету досягнуто.

Результати нашого дослідження можуть бути використані практичними психологами, психотерапевтами, психіатрами та лікарями, які працюють з психологічними проблемами безпліддя з подружніми парами, сімейними

психологами, а також для розробки програм корекції переживань і наслідків психологічного безпліддя в подружніх парах.

ВИСНОВКИ

Безпліддя – це величезна всесвітня проблема, яка зачіпає мільйони жителів репродуктивного віку. Безпліддя – це відсутність можливості осіб дітородного віку до відтворення потомства внаслідок порушення імплантації заплідненої яйцеклітини. Безпліддя полягає в нездатності зрілого організму до відтворення потомства. Існують різні підходи до класифікації безпліддя: з позицій етіології і патогенезу, з урахуванням патоморфоза, а також тимчасових та інших супутніх чинників. Безпліддя є джерелом численних психологічних проблем, в першу чергу для жінок. Безпліддя відноситься до числа тих патологічних станів, які можуть істотно впливати на психоемоційний статус, викликаючи стан хронічного стресу. У відповідь на тривалу психогенію виникає безліч психосоматичних захворювань із залученням інших органів і систем.

Поняття «ідіопатичне безпліддя» використовується в медицині по відношенню до захворювання або стану людини, який викликано невстановленою причиною або виник спонтанно. Це стан, при якому клінічне обстеження не виявляє патологій, які могли б пояснити безпліддя жінки. Для повного розгляду проблеми ідіопатичного безпліддя враховуються всі фактори, а саме: соціальні, психологічні, біологічні.

Грунтуючись на предметі дослідження, була поставлена мета: виявити переживання, як причину, що ведуть до ідіопатичного безпліддя у жінок. Психологічні реакції на переживання безпліддя: емоційні (горе/депресія; гнів/фрустрація; вина; шок/заперечення; тривога); втрата контролю – як переживання; почуття власної гідності, ідентичність і переконання; наслідки в сфері соціальних відносин: подружні стосунки, сексуальне функціонування, соціальні взаємодії в суспільстві або почуття приналежності до суспільства.

У роботі застосовувалися такі методики:

1. Опитувальник особистісної та ситуативної тривожності Спілбергера–Ханіна;

2. Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів (К.К. Яхін, Д.М. Менделевич);

3. Шкала депресії Бека;

4. Шкала оцінки емоційного тону.

В результаті проведення емпіричного дослідження ми отримали наступні результати: існують статистично значущі відмінності в рівні ситуативної тривожності у респондентів з КГ і респондентів з ЕГ. Було виявлено, що у респондентів з контрольної групи рівень особистісної тривожності нижчий, ніж у респондентів з експериментальної групи. У жінок з ЕГ вищий рівень депресії, ніж у жінок з КГ. Для групи респондентів ЕГ, в меншій мірі характерна схильність до тривоги (так як відповідно до методики, чим менше значення, тим більша схильність до хворобливого характеру розладів). Жінки, у яких є проблеми із зачаттям і народженням, відчують підвищений рівень тривоги, так як вони постійно знаходяться в стані напруженості і тиску, відчують почуття сорому, провини. У респондентів з ЕГ, у меншій мірі присутні симптоми невротичної тривоги, ніж, у респондентів з КГ. Респонденти з КГ в більшій мірі схильні до прояву астеничної слабкості і стомлення, чого не можна сказати про групу ЕГ. Жінки з ідіопатичним безпліддям в більшій мірі схильні до істеричної форми реагування.

Корекційна програма щодо переживання безпліддя жінками фертильного віку здійснювалася впливом через психологічну корекцію суб'єктивно-психологічних чинників на когнітивні і емоційні складові жінок. Формування усвідомленості здійснюється в ході психологічного проблемно-орієнтованого тренінгу. Результатом реалізації технології є зниження у жінок тривожності, депресії, ситуативної та особистісної тривожності, фобічних і вегетативних порушень, астеничних, фобічних і тривожних станів, підвищенні емоційного тону.

За допомогою методів математичної статистики (критерієм Стьюдента і кореляційний метод порівняння вибірок), ми прийшли до наступних висновків:

що існує взаємозв'язок між переживаннями і ідеопатичним безпліддям жінок. Була підтверджено, що корекційна програма має дію.

На основі отриманих результатів нами були розроблені практичні рекомендації для жінок, які переживають психологічне безпліддя.

Практичні рекомендації засновані на вирішенні основних причин ідіопатичного безпліддя, а саме: боязнь вагітності і важких пологів, незбереження зачаття і безуспішні пологи в минулому, недововленість в сім'ї, страх залишитися безформною, позбутися стрункої фігури, надмірне бажання бути матір'ю, страх упущеного часу, постійний натиск із боку близьких людей, боязнь майбутніх болів і непередбачених травм і інші.

Але безпліддя, тим більше психологічне це не вирок, і дуже важливо за рішенням цієї проблеми звернутися до фахівців перинатальних акушерів гінекологів і психологів. І часто буває досить декількох консультацій, щоб дана проблема зникла назавжди.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. / Пер с нем. Г. А. Обухова, А. В. Бруенка; предисл. В. Г. Остроглазова. Москва: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. 376 с.
2. Василюк Ф. Е. Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций. Москва: Изд-во Московского университета, 1984. 200 с.
3. Гаврилова В. Е. Психологические предпосылки бесплодия у здоровых женщин, состоящих в браке. Вестник Южно-Уральского государственного университета. 2018. № 11(3). С. 103-109.
4. Гинекология: национальное руководство / под ред. В. И. Кулакова, И. Б. Манухина, Г. М. Савельевой. Москва: ГОЭТАР-Медиа, 2007. С. 576-589.
5. Горпинченко І. І., Романюк М. Г. Безпліддя: етіологія, патогенез, діагностика та сучасні методи лікування. Здоров'є чоловіка. 2016. №. 1. С. 8-17.
6. Дементьева Н. О. Психологические аспекты исследования женского бесплодия «неясной этиологии». Вестн. С.-Петерб. ун-та. 2010. № 1. С. 131–139.
7. Довідник з питань репродуктивного здоров'я / за заг. ред. Н. Г. Гойди. Київ: Вид-во Раєвського, 2004. 128 с.
8. Зыбайло В. С., Филимонова В. Ю., Копытов А. В. Исследование индивидуально-психологических особенностей женщин, страдающих бесплодием. Медицинский журнал. 2015. № 1. С.82-87.
9. Карголь И. В. Психологические аспекты изучения женского бесплодия. Научные ведомости. Серия Гуманитарные науки. 2017. № 18 (137). Выпуск 15. С. 202-208.
10. Леваков С. А., Павлова С. А., Бугрова Т. И., Современный взгляд на бесплодный брак. Клиническая практика. 2010. (3). С. 92-97.
11. Малкина-Пых И. Г. Гендерная терапия: справочник практического психолога. Москва: Эксмо. 2006. 1037 с.

12. Масагутова Л. Ф. Психологический взгляд на причины идиопатического бесплодия. Вестник науки и образования. 2018. №17-1. С. 113-116.
13. Минутко В.Л. Депрессия. Москва, 2006. 345 с.
14. Мкртычева К. Б., Шахиянова А. В., Чернявская А. С. Социальный аспект бесплодия. Синергия наук. 2017. №12. С. 440-456.
15. Назаренко Т. А. Безплідний шлюб. Що може і повинен зробити лікар жіночої консультації (клінічна лекція). Вісник акушера-гінеколога. 2015. № 3. С. 81-85.
16. Насырова Р. Ф., Сотникова Л. С., Савиных Е. Н. и др. Психическое здоровье и качество жизни женщин с олигоменореей. Сибирский медицинский журнал. 2011. № 26(1). С. 102-105.
17. Онул Н. М. Проблема чоловічого та жіночого безпліддя в умовах техногенного забруднення довкілля. Вісник проблем біології і медицини. 2014. Т. 3. №. 3. С. 12-19.
18. Петрова Н.Н. Психічні розлади та особистісно-психологічні особливості у жінок з безпліддям. Огляд психіатрії та медичної психології. 2013. № 2. С. 42-49.
19. Семке В. Я. Психическое здоровье женщин: проблемы и решения. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 1999. № 1. С. 7-10.
20. Соснова Е. А. Аменорея. Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева. 2016. №3(2). С. 60-75.
21. Стрелко Г. В. Лікування безпліддя, що викликане синдромом полікістозних яєчників з застосуванням допоміжних репродуктивних технологій: автореф. дис. спец. 14.01. 01 «Акушерство і гінекологія». Київ, 2004. 21с.
22. Тювина Н. А., Николаевская А. О. Бесплодие и психические расстройства у женщин. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2019. №11(4). С.117-124.

23. Тюрина Е. П., Сайфетдинова Ю. Ф. Причины женского бесплодия. Огарев-Online. 2014. №12(26). С. 35-42.

24. Урсова О. Я. Современные методы профилактики бесплодия. Москва: Весть, 2017. 108 с.

25. Федина Л. П. Психологічне безпліддя і соціально-етичні проблеми допоміжних репродуктивних технологій. Молодий вчений. 2009 року. №11. С. 257-60.

26. Хритинін Д. Ф., Гарданова Ж. Р., Кулакова Е. В. Організація психотерапевтичної допомоги жінкам, які потребують сурогатного материнства в програмі екстракорпорального запліднення. Громадське здоров'я та охорона здоров'я. 2018. С. 55-59.

27. Чайкина А.Е., Ульянов И.Г. Субъективная оценка влияния тревожных расстройств на репродуктивную функцию женщин. В кн.: Незнанов Н.Г., редактор. XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы». Тезисы. 2015. С. 672.

28. Чаркіна О. А. Психологічні детермінанти жіночого ідіопатичного безпліддя. Молодий вчений. 2014. №. 12 (2). С. 271-274.

29. Чаркіна О. А. Реконструктивна психотерапія як засіб подолання репродуктивних дисфункцій у жінок. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки. Вип. 1, Т. 2. Херсон, 2014. С. 173-181.

30. Юзько О. М. Застосування допоміжних репродуктивних технологій при лікуванні безпліддя в Україні. Жіночий лікар. 2010. № 2 (28). С. 30-34.

31. Deka P.K. Psychological aspects of infertility. British Journal of Medical Practitioners. 2010. Vol. 3, № 3. P. 336.

32. ICMART and WHO Revised Glossary on ART Terminology. 2019.

33. Matsubayashi H. Emotional Distress of Infertile Women in Japan / H. Matsubayashi, H. Takashi, S. Izumi [et al.]. Human Reproduction. 2001. Vol. 16, № 5. P. 966–969.

34. Palomba S, Daolio J, Romeo S, et al. Lifestyle and fertility: the influence of stress and quality of life on female fertility. *Reprod Biol Endocrinol*. 2018 Dec 2. №16(1). P.113.
35. Rooney KL, Domar AD. The impact of stress on fertility treatment. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2016 Jun. №28(3) P.198-201.
36. Stanhiser J. Psychosocial Aspects of Fertility and Assisted Reproductive Technology. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2018 Sep. №45(3). P.563-574.
37. Ulrich-Lai YM, Herman JP. Neural Regulation of Endocrine and Autonomic Stress Responses. *Nat Rev Neurosci*. 2019 Jun. №10(6). P.397-409.
38. World Health Organization. Reproductive health strategy. Geneva: WHO; 2019 (WHO/RHR/04.8).

ДОДАТКИ

Додаток А

1. Тест Спілбергера на виявлення особистісної та ситуативної тривожності

Бланк 1. Шкала ситуативної тривожності (СТ)

	Судження	Ні, це не так	Ма бути, так	В ірно	Абсо лютно вірно
	Я спокійний	1	2	3	4
	Мені ніщо не загрожує	1	2	3	4
	Я перебуваю в напрузі	1	2	3	4
	Я внутрішньо скований	1	2	3	4
	Я відчуваю себе вільно	1	2	3	4
	Я засмучений	1	2	3	4
	Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
	Я відчуваю душевний спокої	1	2	3	4
	Я стривожений	1	2	3	4
0	Я відчуваю почуття внутрішнього задоволення	1	2	3	4
1	Я впевнений в собі	1	2	3	4
2	Я нервую	1	2	3	4
3	Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
4	Я напружений	1	2	3	4
5	Я не відчуваю скутості, напругу жінності	1	2	3	4
6	Я задоволений	1	2	3	4

7	Я стурбований	1	2	3	4
8	Я дуже збуджений, і мені не по собі	1	2	3	4
9	Мені радісно	1	2	3	4
0	Мені приємно	1	2	3	4

Бланк 2. Шкала особистісної тривожності (ОТ)

№	Судження	Ніколи	Майже ніколи	Часто	Майже завжди
1	У мене буває піднесений настрій	1	2	3	4
2	Я буваю дратівливим	1	2	3	4
3	Я легко можу почати турбуватися	1	2	3	4
4	Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші	1	2	3	4
5	Я сильно переживаю неприємності і довго не можу про них забути	1	2	3	4
6	Я відчуваю прилив сил, бажання працювати	1	2	3	4
7	Я спокійний, холонокровний і зібраний	1	2	3	4
8	Мене турбують можливі труднощі	1	2	3	4
9	Я дуже переживаю через дрібниці	1	2	3	4
10	Я буваю цілком щасливий	1	2	3	4
11	Я все приймаю близько до серця	1	2	3	4
12	Мені не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4
13	Я відчуваю себе беззахисним	1	2	3	4

14	Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів	1	2	3	4
15	У мене буває хандра	1	2	3	4
16	Я буваю задоволений	1	2	3	4
17	Всякі дрібниці відволікають і від- нують мене	1	2	3	4
18	Буває, що я відчуваю себе невдахою	1	2	3	4
19	Я врівноважена людина	1	2	3	4
20	Мене охоплює неспокій, коли я думаю про свої справи і турботи	1	2	3	4

Ключ

Ситуативна тривожність					Особистісна тривожність				
СТ	Відповіді				ОТ	Відповіді			
№	1	2	3	4	№	1	2	3	4
1	4	3	2	1	1	4	3	2	1
2	4	3	2	1	2	1	2	3	4
3	1	2	3	4	3	1	2	3	4
4	1	2	3	4	4	1	2	3	4
5	4	3	2	1	5	1	2	3	4
6	1	2	3	4	6	4	3	2	1
7	1	2	3	4	7	4	3	2	1
8	4	3	2	1	8	1	2	3	4
9	1	2	3	4	9	1	2	3	4
10	4	3	2	1	10	4	3	2	1
11	4	3	2	1	11	1	2	3	4
12	1	2	3	4	12	1	2	3	4
13	1	2	3	4	13	1	2	3	4
14	1	2	3	4	14	1	2	3	4
15	4	3	2	1	15	1	2	3	4
16	4	3	2	1	16	4	3	2	1
17	1	2	3	4	17	1	2	3	4
18	1	2	3	4	18	1	2	3	4
19	4	3	2	1	19	4	3	2	1

20	4	3	2	1	20	1	2	3	4
----	---	---	---	---	----	---	---	---	---

Додаток В

2. Шкала депресії Бекка

Опитувальник:

1

0. Я не відчуваю себе засмученим, сумним.

1. Я засмучений.

2. Я весь час засмучений і не можу від цього відключитися.

3. Я настільки засмучений і нещасливий, що не можу це витримати.

2

0. Я не турбуюся про своє майбутнє.

1. Я відчуваю, що здивований майбутнім.

2. Я відчуваю, що мене нічого не чекає в майбутньому.

3. Моє майбутнє безнадійно, і ніщо не може змінитися на краще.

3

0. Я не відчуваю себе невдахою.

1. Я відчуваю, що терпів більше невдач, ніж інші люди.

2. Коли я оглядаюся на своє життя, я бачу в ній багато невдач.

3. Я відчуваю, що як особистість я - повний невдаха.

4

0. Я отримую стільки ж задоволення від життя, як раніше.

1. Я не отримую стільки ж задоволення від життя, як раніше.

2. Я більше не отримую задоволення ні від чого.

3. Я повністю не задоволений життям і мені все набридло.

5

0. Я не відчуваю себе в чому-небудь винуватим.

1. Досить часто я відчуваю себе винуватим.

2. Більшу частину часу я відчуваю себе винуватим.

3. Я постійно відчуваю почуття провини.

6.

0. Я не відчуваю, що можу бути покараним за що-небудь.

1. Я відчуваю, що можу бути покараний.

2. Я очікую, що можу бути покараний.

3. Я відчуваю себе вже покараним.

7

0. Я не розчарувався в собі.

1. Я розчарувався в собі.

2. Я собі огидний.

3. Я себе ненавиджу.

8

0. Я знаю, що я не гірше інших.

1. Я критикую себе за помилки і слабкості.

2. Я весь час звинувачую себе за свої вчинки.

3. Я звинувачую себе у всьому поганому, що відбувається.

9

0. Я ніколи не думав накласти на себе руки.

1. До мене приходять думки накласти на себе руки, але я не буду їх здійснювати.

2. Я хотів би накласти на себе руки.

3. Я б убив себе, якби випала нагода.

10

0. Я плачу не більше ніж зазвичай.

1. Зараз я плачу частіше, ніж раніше.

2. Тепер я весь час плачу.

3. Раніше я міг плакати, а зараз не можу, навіть якщо мені хочеться.

11

0. Зараз я дратівливий не більше, ніж зазвичай.

1. Я легше дратуюся, ніж раніше.

2. Тепер я постійно відчуваю, що роздратований.

3. Я став байдужий до речей, які мене раніше дратували.

12

0. Я не втратив інтересу до інших людей.

1. Я менше цікавлюся іншими людьми, ніж раніше.

2. Я майже втратив інтерес до інших людей.

3. Я повністю втратив інтерес до інших людей.

13

0. Я відкладаю прийняття рішення іноді, як і раніше.

1. Я частіше, ніж раніше, відкладаю прийняття рішення.

2. Мені важче приймати рішення, ніж раніше.

3. Я більше не можу приймати рішення.

14

0. Я не відчуваю, що виглядаю гірше, ніж зазвичай.

1. Мене турбує, що я виглядаю старим і непривабливим.

2. Я знаю, що в моїй зовнішності відбулися істотні зміни, де-гавкають мене непривабливим.

3. Я знаю, що виглядаю потворно.

15

0. Я можу працювати так само добре, як і раніше.

1. Мені необхідно зробити додаткове зусилля, щоб почати робити що-небудь.

2. Я насилу змушую себе робити що-небудь.

3. Я зовсім не можу виконувати ніякої роботи.

16

0. Я сплю так само добре, як і раніше.

1. Зараз я сплю гірше, ніж раніше.

2. Я прокидаюся на 1-2 години раніше, і мені важко заснути знову.

3. Я прокидаюся на декілька годин раніше звичайного і більше не можу заснути.

17

0. Я втомлююся не більш, ніж зазвичай.

1. Тепер я втомлююся швидше, ніж раніше.

2. Я втомлююся майже від усього, що я роблю.

3. Я не можу нічого робити через втому.

18

0. Мій апетит не гірше, ніж зазвичай.

1. Мій апетит став гірше, ніж раніше.

2. Мій апетит тепер значно гірше.

3. У мене взагалі немає апетиту.

19

0. Останнім часом я не схудла або втрата ваги була незначною.

1. За останній час я втратив більше 2 кг.

2. Я втратив більше 5 кг.

3. Я втратив більше 7 кг.

20

Я навмисно намагаюся схуднути і їм менше (вказати хрестиком). Та ні_

0. Я турбуюся про своє здоров'я не більше, ніж зазвичай.

1. Мене турбують проблеми мого фізичного здоров'я, такі, як болі, розлад шлунка, запори і т.д.

2. Я дуже стурбований своїм фізичним станом, і мені важко думати про щось інше.

3. Я настільки стурбований своїм фізичним станом, що більше ні про що не можу думати.

21

0. Останнім часом я не помічав зміни свого інтересу до близькості.

1. Мене менше займають проблеми близькості, ніж раніше.

2. Зараз я значно менше цікавлюся міжстатевих стосунків, ніж раніше.

3. Я повністю втратив лібідо інтерес.

Інтерпретація:

При інтерпретації даних враховується сумарний бал по всіх категоріях.

- 0-9 - відсутність депресивних симптомів
- 10-15 - легка депресія (субдепресія)
- 16-19 - помірна депресія
- 20-29 - виражена депресія (середньої тяжкості)
- 30-63 - важка депресія

Градуально оцінюється вираженість 21 симптому депресії.

- Пункти 1-13 - когнітивно-афективна Субшкала
- Пункти 14-21 - Субшкала соматичних проявів депресії

Додаток Г

3. Шкала оцінки емоційного тону (ШОЕТ)

Ніколи / зрідка; іноді; часто; Майже завжди; постійно

1. Буває, що я відчуваю занепокоєння, не можу всидіти на місці
2. Буває, я погано сплю ночами (не можу заснути, бачу кошмари)
3. Я дуже критично сприймаю свої слабкості і помилки
4. Я стурбований станом свого здоров'я
5. Я оптимістично дивлюся в майбутнє
6. Я вважаю, що рідше досягаю успіху, ніж інші люди
7. Я відчуваю бадьорість
8. Я втомлююсь швидше, ніж раніше
9. Чи буває, що, дивлячись на себе з боку, я розумію, що гідний осуду
10. Я вмію радіти життю
11. Буває, що я значно втрачаю у вазі
12. Я дратуюся і досаду більше, ніж зазвичай
13. Я здатний розсміятися і побачити в тому чи ному події смішне
14. Чи буває, що я говорю, думаю і дію повільніше, ніж зазвичай
15. Мені потрібні додаткові зусилля щоб розпочати щось робити.

16. Мені легко приймати рішення
17. Буває, я відчуваю фізичний неблагополуччя (болі в животі, головні болі та ін.)
18. У деяких випадках мені важко побратими з думками
19. У мене бувають порушення апетиту, я не відчуваю смаку того, що їм
20. Мені цікаво, що відбувається з оточуючими мене людьми
21. Бувають ситуації, коли я не приймаю себе таким, який я є
22. Вранці я відчуваю, що ні виспався
23. Бувають ситуації, коли я готовий заплакати або плачу без видимих причин

24. Я не стежу за своєю зовнішністю

25. Зазвичай я спокійний і розслаблений

26. Я живу досить повним життям Обробка:

Соматична Субшкала: 2,4,8,11,14,17,19,22,23,24. Ніколи - 1 бал, іноді - 2 бали, часто - 3 бали, майже завжди - 4 бали.

Психоемоційна шкала (прямі питання): 1,3,6,9,12,15,18,21. Ніколи - 1 бал, іноді - 2 бали, часто - 3 бали, майже завжди - 4 бали.

Психоемоційна шкала (зворотні питання): 5,7,10,13,16,20,25,26. Ніколи - 4 бали, іноді - 3 бали, часто - 2 бали, майже завжди - 1 бал.

Нормативні показники:

Встановлено такі тестові норми:

до 49 балів - високий емоційний тонус,

50-56 - ситуативні порушення емоційного тонусу,

57-63 - виражені порушення емоційного тонусу,

більше 63 - критичний стан, що вимагає застосування клінічних методик для оцінки ступеня вираженості депресивної симптоматики

4. Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів (К.К. Яхін, Д.М. Менделевич);

1. Ваш сон поверхневий і неспокійний?
2. Чи помічаєте Ви, що стали більш повільні і мляві, немає колишньої енергійності?
3. Після сну Ви відчуваєте себе втомленим і «розбитим» (невідпочилої)?
4. У Вас поганий апетит?
5. У Вас бувають відчуття здавлювання в грудях і відчуття браку повітря при заворушеннях або розладах?
6. Вам важко буває заснути, якщо Вас щось турбує?
7. Чи відчуваєте Ви себе пригніченим і пригнобленим?
8. Чи відчуваєте Ви у себе підвищену стомлюваність, втома?
9. Чи помічаєте Ви. Що колишня робота дається Вам важче і вимагає великих зусиль?
10. Чи помічаєте Ви, що стали більш розсіяним і неуважним: забуваєте куди поклали якусь річ або не можете згадати, що тільки збиралися робити?
11. Вас турбують нав'язливі спогади?
12. Чи буває у Вас відчуття якогось занепокоєння (начебто щось має статися), хоча особливих причин і ні?
13. У Вас виникає страх захворіти важким захворюванням (рак, інфаркт, психічне захворювання і т.д.)?
14. Ви не можете стримувати сльози і плачете?
15. Чи помічаєте Ви, що потреба в інтимному житті для Вас стала менше або навіть стала Вас обтяжувати?
16. Ви стали більш дратівливі і запальні?
17. Чи приходить Вам думка, що у Вашому житті мало радості і щастя?
18. Чи помічаєте Ви, що стали якимсь байдужим, немає колишніх інтересів і захоплень?

19. перевіряєте Ви багато разів виконані дії: вимкнений газ, вода, електрика, замкнені чи двері і т.д.?
20. Чи турбують Вас болі або неприємні відчуття в області серця?
21. Коли Ви турбуєтеся, у Вас буває так погано з серцем, що Вам доводиться приймати ліки або навіть викликати «швидку допомогу»?
22. Чи буває у Вас дзвін у вухах або брижі в очах?
23. Чи бувають у Вас напади прискореного серцебиття?
24. Ви так чутливі, що гучні звуки, яскраве світло і різкі фарби дратують Вас?
25. Чи відчуваєте Ви в пальцях рук і ніг, або в тілі поколювання, повзання мурашок, оніміння або інші неприємні відчуття?
26. У Вас бувають періоди такого занепокоєння. Що Ви навіть не можете всидіти на місці?
27. Ви до кінця роботи так сильно втомлюєтеся, що Вам необхідно відпочити, перш ніж взятися за що-небудь?
28. Очікування Вас турбує і нервує?
29. У Вас паморочиться голова і темніє в очах, якщо Ви різко встанете або нахиліться?
30. При різкій зміні погоди у Вас погіршується самопочуття?
31. Ви помічали як у Вас мимоволі сіпаються голова і плечі, або повіки, вилиці, особливо, коли Ви хвилюєтеся?
32. У Вас бувають кошмарні сновидіння?
33. Ви відчуваєте тривогу і занепокоєння за кого-небудь або за що-небудь?
34. Чи відчуваєте Ви клубок у горлі при хвилюванні?
35. Чи буває у Вас відчуття, що до Вас ставляться байдуже, ніхто не прагне Вас зрозуміти і поспівчувати, і Ви відчуваєте себе самотнім?
36. Чи відчуваєте Ви труднощі при ковтанні їжі, особливо Ви хвилюєтеся?
37. Ви звертали увагу на те. Що руки або ноги у Вас знаходяться в неспокійному русі?
38. турбує Вас, що ви не можете звільнитися від постійно віз-оберткових нав'язливих думок (мелодія, вірш, сумніви)?
39. Ви легко потієте при заворушеннях?

40. Чи буває у Вас страх залишатися на самоті в порожній квартирі?
41. Чи відчуваєте Ви у себе нетерплячість, непосидючість або метушливість?
42. У Вас бувають запаморочення або нудота до кінця робочого дня?
43. Ви погано переносите транспорт (Вас «заколисує» і Вам стає погано)?
44. Навіть у теплу погоду ноги і руки у вас холодні (мерзнуть)?
45. Чи легко Ви ображаєтеся?
46. У Вас бувають нав'язливі сумніви в правильності Ваших вчинків або рішень?
47. Чи не вважаєте Ви, що Ваша праця на роботі чи вдома недостатньо оцінюється оточуючими?
48. Вам часто хочеться побути на самоті?
49. Ви помічаєте, що Ваші близькі ставляться до Вас байдуже або навіть неприємно?
50. Ви відчуваєте себе скуто або невпевнено в суспільстві?
51. Чи бувають у Вас головні болі?
52. Чи помічаєте Ви, як стукає або пульсує кров у судинах, особливо якщо ви хвилюєтеся?
53. Чи здійснюєте Ви машинально непотрібні дії (потираєте руки, поправляєте одяг, пригладжуєте волосся і т.д.)?
54. Ви легко червонієте або бліднете?
55. Покривається чи Ваше обличчя, шия або груди червоними плямами при заворушеннях?
56. Чи приходять Вам на роботі думки, що з Вами може несподівано щось трапитися і Вам не встигнуть надати допомогу?
57. Чи виникають у вас болі або неприємні відчуття в області шлунка, коли Ви турбуєтеся?
58. Чи приходять Вам думки, що Ваші подруги (друзі) або близькі щасливіші, ніж Ви?
59. Чи бувають у Вас запори або проноси?
60. Коли Ви турбуєтеся у Вас буває відрижка або нудота?
61. Перш ніж прийняти рішення Ви довго вагаєтеся?

62. Чи легко змінюється Ваш настрій?

63. При розладах у Вас з'являється свербіж шкіри або висип?

64. Після сильного розлади Ви втрачали голос або у Вас віднімалися руки або ноги?

65. У Вас підвищене слюновиділення?

Бланк опитувальника:

№ питання	Оцінка	№ питання	Оцінка	№ питання	Оцінка	№ питання	Оцінка
1				35		52	
2		19		36		53	
3		20		37		54	
4		21		38		55	
5		22		39		56	
6		23		40		57	
7		24		41		58	
8		25		42		59	

Ключ до тесту: Проставлені випробуваними бали переводяться у відповідні діагностичні коефіцієнти.

Шкала тривоги

Номер питання	1 бал	2 бали	3 бали	4 бали	5 балів
6	-1,33	- 0,44	1,18	1,31	0,87
12	-1,08	-1,3	-0,6	0,37	1,44
26	-1,6	- 1,34	-0,4	-0,6	0,88
28	-1,11	0	0,54	1,22	0,47
32	-0,9	- 1,32	- 0,41	0,41	1,3
33	-1,19	-0,2	1	1,04	0,4

37	-0,78	- 1,48	- 1,38	0,11	0,48
41	-1,26	- 0,93	-0,4	0,34	1,24
50	-1,23	- 0,74	0	0,37	0,63
61	-0,92	- 0,36	0,28	0,56	0,1

Шкала невротичної депресії

Номер питання	1 бал	2 бали	3 бали	4 бали	5 балів
2	-1,58	-1,45	-0,41	0,7	1,46
7	-1,51	-1,53	-0,34	0,58	1,4
15	-1,45	-1,26	-1	0	0,83
17	-1,38	-1,62	-0,22	0,32	0,75
18	-1,3	-1,5	-0,15	0,8	1,22
35	-1,34	-1,34	-0,5	0,3	0,73
48	-1,2	-1,23	0,36	0,56	0,2
49	-1,08	-1,08	-1, 18	0	0,46
58	-1,2	-1,26	-0,37	0,21	0,42
68	-1,08	-0,54	-0,1	0,25	0,32

Шкала астенії

Номер питання	1 бал	2 бали	3 бали	4 бали	5 балів
3	-1,51	-1,14	-0,4	0,7	1,4
8	-1,5	-0,33	0,9	1,32	0,7
9	-1,3	-1,58	-0,6	0,42	1
10	-1,62	-1,18	0	0,79	1,18
14	-1,56	-0,7	-0,12	0,73	1,35
16	-1,62	-0,6	0,26	0,81	1,24
24	-0,93	-0,8	-0,1	0,6	1,17

27	-1,19	-0,44	0,18	1,2	1,08
45	-1,58	-0,23	0,34	0,57	0,78
62	-0,5	-0,56	0,38	0,56	0

Шкала істеричного типу реагування

Номер питання	1 бал	2 бали	3 бали	4 бали	5 балів
5	-1,41	-1,25	-0,5	0,4	1,53
21	-1,2	-1,48	-1,26	-0,18	0,67
31	-1,15	-1,15	-0,87	-0,1	0,74
34	-1,48	-1,04	-0,18	1,11	0,5
35	-1,34	-1,34	-0,52	0,3	0,73
36	-1,3	-1,38	-0,64	-0,12	0,66
45	-1,58	-0,23	0,34	0,57	0,78
47	-1,38	-1,08	-0,64	-0,1	0,52
49	-1,08	-1,08	-1,18	-0,1	0,46
57	-1,2	-1,34	-0,3	0	0,42
64	-0,6	-1,26	-1,08	-0,38	0,23

Шкала obsесивно-фобічених порушень

Номер питання	1 бал	2 бали	3 бали	4 бали	5 балів
11	-1,38	-1,32	-0,3	0,3	1,2
13	-1,53	-1,38	-0,74	0,23	0,9
19	-1,32	-0,63	0	0,99	1,2
38	-0,9	-1,17	-0,43	0,37	0,69
40	-1,38	-0,67	-0,81	0,18	0,64
46	-1,34	-1,2	0,1	0,54	0,43
53	-0,78	-1,5	-0,35	0,27	0,36
56	-0,3	-1,2	-1,3	-0,67	0,33
61	-0,92	-0,36	0,28	0,56	0,1
66	-1	-0,78	-1,15	-0,52	0,18

Шкала вегетативних порушень

Номер питання	1 бал	2 бали	3 бали	4 бали	5 балів
1	-1,51	-1,6	-0,54	0,5	1,45
4	-1,56	-1,51	-0,34	0,68	1,23
6	-1,33	-0,44	1,18	1,31	0,87
20	-1,3	-1,58	-0,1	0,81	0,77
22	-1,08	-1,5	-0,71	0,19	0,92
23	-1,8	-1,4	-0,1	0,5	1,22
25	-1,15	-1,48	-1	0,43	0,63
29	-1,6	-0,5	-0,3	0,62	0,9
30	-1,34	-0,7	-0,17	0,42	0,85

32	-0,9	-1,32	-0,41	0,42	1,19
39	-1,56	-0,43	-0,1	0,48	0,76
42	-1,3	-0,97	-0,4	-0,1	0,7
43	-1,11	-0,044	0	0,78	0,45

Продовження

44	-1,51	-0,57	-0,26	0,32	0,63
51	-1,34	-0,78	0,2	0,31	1,4
52	-0,97	-0,66	-0,14	0,43	0,77
54	-0,93	-0,3	0,13	0,93	0,6
57	-1,2	-1,34	-0,3	0	0,42
59	-1,08	-0,83	-0,26	0,24	0,55
63	-0,9	-1,15	-1	-0,1	0,25
65	-1	-1,26	-0,22	-0,43	0,27
67	-0,7	-0,42	-0,55	0,18	0,4

Інтерпретація результатів тесту:

Підсумовують діагностичні коефіцієнти по шести шкалах і вибудовують графік.

Показники:

- більше +1,28 - вказує на рівень здоров'я,
- менше -1,28 - хворобливий характер виявлених розладів.

Додаток Д

Програма тренінгу

Заняття 1

Вправа «Знайомство» – 10 - 15 хв

Мета: познайомитися; звернути увагу учасників групи на свої відчуття і почуття і тим самим зняти напругу.

Інструкція: кожен учасник тренінгу розповідає про свої очікування від тренінгу, про свій емоційний стан.

Прийняття правил роботи в тренінговій групі - 15 хв.

Вправа «Переходимо на одну мову» - 40 хв.

Мета: рефлексія досвіду батьківства, усвідомлення змісту поняття «батьківство», узгодження уявлень про батьківство.

Інструкція: кожен учасник протягом 2-3 хв. пише асоціації до слова «батьківство», потім відбувається обговорення асоціацій в групі. Далі обговорюється зміст батьківства за схемою:

- чи є прагнення стати батьком;
- які фактори впливають на виконання батьківської ролі (батьківська сім'я, друзі, мораль суспільства і т. д.);

- чи є наші батьківські ролі (моя і мого чоловіка), узгодженими, в яких сферах виховання, в яких питаннях частіше виникають розбіжності.

Вправа «Дзеркало» - 45 хв.

Мета: допомогти учасникам усвідомити і сформулювати свої особистісні труднощі в сфері батьківства, дати зрозуміти, що батьки не самотні в своїх переживаннях, що проблеми існують у багатьох сім'ях.

Інструкція: учасникам дається завдання поділити аркуш паперу на дві частини і закінчити наступні пропозиції (перша частина): «В батьківство мені подобається ...», (друга частина): «В батьківстві особливо важко і неприємно ...». Ці листи спочатку показуються своєму чоловікові, а потім обговорюються в колі. Групове обговорення будується за схемою:

- які проблеми я виділяю;
- яка моя роль у виникненні проблем;
- як зміниться ситуація, якщо проблема буде вирішена;
- які труднощі мені здалися несподіваними у мого партнера;
- як можна вирішити дані проблеми;
- чого більше в батьківстві; радощів або прикростей.

Для відповіді на наступне питання спочатку відбувається обговорення в парі:

- у чому наші сильні сторони, які зближують нас з чоловіком і роблять сім'ю захищеною?

Вправа «Цінності нашої сім'ї» - близько 35 хв

Мета: узгодження пріоритетів ціннісних орієнтацій з пріоритетами жінки, усвідомлення єдності цінностей сім'ї.

Інструкція: вправа виконується в тренінгових парах. Подружжя повинні виділити і записати те, що є для даної сім'ї найбільш значущим, важливим, що є сімейною цінністю (7-10 позицій). Потім окремо один від одного чоловік і жінка виділяють з отриманого списку найбільш важливі для себе пункти (близько 5 позицій). Відбувається обговорення.

Вправа «Спогади дитинства» - близько 40 хв

Мета: актуалізація стану «Я»-дитина (по Е. Берну).

Інструкція: в ході групового обговорення згадати і розповісти про найпершу, найулюбленішу: іграшку, книжку, пісню, лічилку, гру. Можна, якщо є час, розповісти яскравий спогад з дитинства.

Вправа «Клубок» - 7 - 10 хв

Мета: завершення заняття; групове згуртування, фіксація основних досягнень тренінгового заняття; настрої на позитив.

Інструкція: кожен учасник по черзі, передаючи клубок і одночасно розмотуючи його, розповідає про свої почуття, про те, що сподобалося, запам'яталося, було несподіваним. Ведучий виступає останнім, резюмує, підсумовує день, налаштовує на позитивне мислення.

Заняття 2

Вправа «Гарне місце» - близько 15 хв

Мета: настрої на роботу, зняття напруги.

Інструкція: кожен з учасників ділиться враженнями минулого дня; говорить про те, що змінилося, відбулося з часу останнього заняття.

Вправа «Скеля» - 10 - 15 хв

Мета: активізація роботи групи, групове згуртування.

Інструкція: учасники стають шеренгою уздовж стіни, на відстані 30 - 40 см від неї, обличчям до стіни. За допомогою рук і ніг імітують перешкоди для руху - «гірські виступи». Кожен учасник по черзі повинен пройти по «гірській стежці» (між стіною і учасниками).

Обговорюються враження учасників від проходження вправи.

Вправа «Мідні труби» - 40 - 45 хв

Мета: дати можливість учасникам усвідомити власну самоцінність, отримати зворотній зв'язок, прийняти знаки уваги від інших.

Інструкція: всі учасники групи утворюють два кола (внутрішнє і зовнішнє), стоячи обличчям один до одного. Ті, хто стоїть обличчям один до одного, утворюють пару. Починати взаємодію найкраще зі значимою людиною. Перший член пари говорить партнеру про те, яку якість характеру він цінує і поважає в ньому, яка допомагає бути ефективними батьками. Наприклад: «Я захоплююся твоїм терпінням». Партнер відповідає «так, звичайно, але, крім того, я ще й ...» (називає те, що цінує в собі). Потім партнери міняються ролями, після чого роблять крок вліво, утворюючи нові пари. Вправа повторюється до тих пір, поки не буде зроблений повний круг. Обговорення за схемою:

- що ви відчували, коли партнер говорив про Ваші якості;
- чи легко було знаходити позитивні риси характеру та їх вплив на батьківську роль в іншій людині;
- відрізняється Ваша реакція на похвалу від реакції інших людей.

Вправа «Гіпербола» - 60 - 70 хв

Мета: показати учасникам можливість аналізу будь-якої ситуації, без критики і засудження, надаючи підтримку.

Інструкція: вправа виконується в подружній парі. Один з партнерів розповідає про свої труднощі. Другий повинен проаналізувати ситуацію таким чином, щоб знайти сильні сторони в поведінці партнера і докладно розповісти про них. Потім партнери міняються місцями. Наступний етап виконання цієї вправи полягає в тому, що один з партнерів говорить не від свого обличчя, а від імені своєї дитини (одного з них), розповідаючи про проблемну ситуацію, яку переживала або могла б пережити дитина. Партнер точно так же, як і в першому випадку, знаходить сильні сторони і повідомляє про них «дитині». Відповіді на питання: що було складним при виконанні даної вправи; чому було важко знайти сильні сторони; хто не зміг втриматися від осуду.

Вправа «Несподіваний предмет» - 5 - 7 хв

Мета: зняття напруги, перемикання уваги, активізація, групове згуртування.

Інструкція: учасники перекидають м'яч по колу, супроводжуючи кидок м'яча словами: «м'яч» - «яблуко», «гаряча картопля», «цеглина» і т. п.). Хто зловив повинен обходитися з м'ячем як з позначеним предметом.

Вправа «Батьківська сім'я» - близько 40 хв

Мета: усвідомлення учасниками тренінгу тих впливів, яке надає батьківська сім'я на існування власної сім'ї, а також на усвідомлення себе як матір.

Інструкція: в парах подружжя аналізують свої батьківські сім'ї таким чином, щоб знайти негативні і позитивні моменти, пов'язані з вихованням дітей (близько 5 позицій). Наступне завдання полягає в тому, щоб визначити, що з перерахованого в батьківській родині реалізується подружньою парою в своїй власній сім'ї.

Обговорення.

Вправа «Ехо» - 30 - 35 хв

Мета: показати учасникам можливості техніки емпатійного слухання.

Інструкція: вправа виконується в парах. Перший учасник пари щиро вимовляє якусь емоційно забарвлену фразу, що стосується досвіду взаємодії з дитиною. Другий учасник послідовно виконує два завдання: спочатку повторює своїми словами зміст того, що він почув (відображення змісту), а потім намагається визначити те почуття, яке, на його думку, відчуває партнер (відображення почуттів). Партнер оцінює точність відображення.

Вправа «Клубок» - 7 - 10 хв

Мета: завершальне заняття. Сприяє груповому згуртуванню, фіксує основні досягнення тренінгового заняття. Налаштовує на позитив.

Інструкція: кожен учасник по черзі, передаючи клубок і одночасно розмотуючи його, говорить про свої почуття, про те, що сподобалося, запам'яталося, було несподіваним. Ведучий виступає останнім, резюмує, підсумовує день, налаштовує на позитивне мислення.

Заняття 3

Вправа «Паровозик» - 15 хв

Мета: простежити свої відчуття, проаналізувати їх в ситуаціях, де потрібно проявити довіру до іншої людини.

Вправа «Моє батьківське «Я» - 20 хв

Мета: усвідомлення стану «Я» -батьків (Е. Берн).

Вправа «Нарцис» - близько 25 хв

Мета: дати відчути учасникам групи, що вони є цінністю для себе.

Вправа «Світ батьків» - близько 50 хв

Мета: виділити проблеми, пов'язані з батьківством, дізнатися думку інших батьків щодо цих проблем.

Вправа «Домашнє начиння» - 60 - 80 хв

Мета: отримання зворотного зв'язку від учасників тренінгу, актуалізація образу «Я», групове згуртування.

Вправа «Три плани» - 30 - 35 хв

Мета: навчитися акцентувати увагу на своїх почуттях, відокремлювати їх від зовнішнього світу і своїх думок.

Вправа «Клубок» - 7 - 10 хв

Мета: вправу, завершальне заняття, сприяє груповому згуртуванню; фіксує основні досягнення тренінгового заняття; налаштовує на позитив.

Заняття 4

Вправа «Галас в пустелі» - 10 хв

Мета: навчитися розуміти іншого і висловлювати свої почуття за допомогою невербальної поведінки; активізація групи, групове згуртування.

Вправа «Подарунки» - 25 хв

Мета: дати можливість учасникам групи висловити своє ставлення один до одного і побачити себе очима інших.

Вправа «Схвалення іншого» - 35 хв

Мета: навчити учасників займати особистісну партнерську позицію по відношенню один до одного.

Вправа «Я - мати» (психологічний автопортрет) - 50 хв

Мета: відпрацювання навичку рефлексії, стимулювання саморозвитку.

Вправа «Плутанина» - 5 - 7 хв

Мета: групове згуртування, активізація роботи в групі, зняття напруги.

Вправа «Сіамські близнюки» - близько 60 хв

Мета: дати можливість учасникам отримати конкретний чуттєвий досвід розрізнення образу іншої людини, побудованого на власній системі домислів, очікувань, узагальнень, а також реальних враження від цієї людини.

Вправа «Клубок» - 7 - 10 хв

Мета: завершальне заняття; сприяє груповому згуртуванню; фіксує основні досягнення тренінгового заняття; налаштовує на позитив.

Заняття 5

Вправа «Біжать по хвилях» - 15 хв

Мета: активізація групи, самопрезентація.

Вправа «Минуле, сьогодення, майбутнє» - близько 60 - 80 хв

Мета: створення передумов для відходу від жорсткого життєвого сценарію.

Вправа «Тандем» - 10 хв

Мета: навчити учасників взаєморозумінню і уважності один до одного.

Вправа «Проективні малюнок» - 60 - 80 хв

Мета: дозволити учасникам поглянути на свою сім'ю очима свого чоловіка, а також очима стороннього спостерігача.

Вправа «Клубок» - 7 - 10 хв

Мета: завершальне заняття; сприяє груповому згуртуванню; фіксує основні досягнення тренінгового заняття; налаштовує на позитив.

Заняття 6

Вправа «Снігова куля» - 5 - 7 хв

Мета: активізація роботи групи, зняття напруги, розвиток уваги і творчої уяви.

Вправа «Світ очима дитини» - 50 хв

Мета: сприйняття і пізнання світу очима дитини, актуалізація стану «Я»-дитина (Е. Берн), розвиток емпатійних здібностей зі своєю дитиною.

Вправа «Вираз почуттів» - близько 60 хв

Мета: усвідомлення учасниками тренінгу своїх переживань, підвищення культури вираження почуттів.

Вправа «Я - мати» (скульптура) - близько 80 - 90 хв

Мета: усвідомлення себе в ролі матері, обговорення цієї ролі зі своїм чоловіком. Вправа складається з двох частин.

Вправа «Клубок» - 7 - 10 хв

Мета: вправа, яким завершує цикл занять; сприяє груповому згуртуванню; фіксує основні досягнення тренінгу.

Як результат тренінгу можна спиратися на рівень усвідомленості наступних компонентів:

- 1) ціннісних орієнтацій батьків;
- 2) батьківських установок і очікувань;
- 3) батьківського відносини;
- 4) батьківських позицій;
- 5) стилю сімейного виховання;
- 6) батьківської відповідальності;
- 7) батьківських почуттів.